

Linda Bosshart

Sinngebungen bei unerfülltem Kinderwunsch

Aushandlungen existenzieller
und religiöser Deutungen

[transcript] Religionswissenschaft

Linda Bosshart
Sinngestaltungen bei unerfülltem Kinderwunsch

Linda Bosshart (Dr. phil.), geb. 1994, promovierte am Religionswissenschaftlichen Seminar der Universität Zürich und war Mitglied des universitären Forschungsschwerpunktes »Human Reproduction Reloaded«. Sie publiziert zu Lebensrealitäten von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch, Reproduktions- und Alternativmedizin sowie zu reproduktiven Verlusten.

Linda Bosshart

Sinngebungen bei unerfülltem Kinderwunsch

Aushandlungen existenzieller und religiöser Deutungen

[transcript]

Diese Arbeit wurde unterstützt durch den Universitären Forschungsschwerpunkt (UFSP) »Human Reproduction Reloaded« der Universität Zürich.

Die Open-Access-Ausgabe wird publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dn.b.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist unter der Creative-Commons-Lizenz BY 4.0 lizenziert. Für die ausformulierten Lizenzbedingungen besuchen Sie bitte die URL <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

2026 © Linda Bosshart

transcript Verlag | Hermannstraße 26 | D-33602 Bielefeld | live@transcript-verlag.de

Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG (Text und Data Mining) zu gewinnen, ist ohne schriftliche Zustimmung der Rechteinhaber*innen untersagt.

Umschlagkonzept: Maria Arndt

Lektorat: Jana Prokop

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

<https://doi.org/10.14361/9783839477090>

Print-ISBN: 978-3-8376-8133-8 | PDF-ISBN: 978-3-8394-7709-0

Buchreihen-ISSN: 2703-142X | Buchreihen-eISSN: 2703-1438

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Für Jan und Ellie

Inhalt

Danksagung	11
------------------	----

Teil A: Ausgangslage

1. <i>Doing unerfüllter Kinderwunsch</i>	15
2. Forschungsstand	21
2.1 Relevante sozialwissenschaftliche Publikationen	21
2.2 Zum Status von Religion	23
2.3 Sichtbare und unsichtbare Forschungssubjekte	24
3. Medizinische und rechtliche Ausgangslage	27
3.1 Medizinische Grundlagen und Möglichkeiten	27
3.2 Rechtlicher Kontext	30

Teil B: Ethik – Methode – Feld

4. Ethik: Forschung mit vulnerablen Personen	35
4.1 Wunschertern	37
4.2 Interviewsituation	44
4.3 Forschende Person: Positionalität	50
5. Methode	53
5.1 Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Forschungsgegenstände	54
5.2 Methodisches Vorgehen	56
6. Feld	67
6.1 Kinderwunschorte: Beschreibung des Samplings	67
6.2 Begründung des Samplings	70

Teil C: Analyse

7. Biomedizinische Zugänge	
Therapeutischer Imperativ	81
7.1 Medikalisierung der Reproduktion	82
7.2 Akteur:innen im biomedizinischen Feld	84
7.3 Ebenen des Imperativs	85
7.4 Ressourcen im Umgang mit den Logiken des biomedizinischen Feldes	107
7.5 Theoretische Anschlüsse	
Liminalitäten in reproduktionsmedizinischen Behandlungen	113
8. Alternative Zugänge	
Zwischen Empowerment und Schuldgefühlen	119
8.1 Begriffe	120
8.2 Logiken des alternativen Feldes	123
8.3 Motivation zur Inanspruchnahme von CAM	129
8.4 Bewertung alternativer Inhalte	138
8.5 Evangelikale und alternative Zugänge	156
8.6 Theoretische Anschlüsse	
CAM als religionswissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand	158
9. Einbezug transzendenter Entitäten	163
9.1 Gott	165
9.2 Kirchliche Autoritätspersonen	178
9.3 »Natur« und nicht greifbares »Etwas«	181
9.4 Alternative Expert:innen und transzendentes Selbst	188
9.5 Theoretische Anschlüsse	
Alternative Expert:innen und ihr Charisma	196
10. Beziehung zum Wunschkind	
Momente der Transzendierung und Ent-Transzendierung	203
10.1 Fragmentierte Körpersubstanzen	205
10.2 Reproduktive Verluste	219
10.3 Adoptivkinder	231
10.4 Theoretische Anschlüsse: Transzendierungsmomente als religiöse Kommunikation	239
11. Partnerschaftliche und geschlechterbezogene Aushandlungen	243
11.1 Sexualität zwischen Selbstzweck und Mittel zum Zweck	244
11.2 Neue Identitätsaushandlungen als Paar	250
11.3 Männliche und weibliche Unfruchtbarkeit als soziale Konstrukte	258
11.4 Genderspezifische Konsequenzen und Handlungen	266
11.5 Theoretische Anschlüsse: Geschlecht als relevante Kategorie im Feld	284

12. »Am Rand der Gesellschaft«	
Auseinandersetzungen in und mit der fruchtbaren Welt	289
12.1 Nicht-Elternschaft als erfahrene Devianz	291
12.2 Nach der Enthüllung	
Reaktionen aus der fruchtbaren Welt	297
12.3 Evangelikale Gemeinden als fruchtbare Welt	310
12.4 Theoretische Anschlüsse: Goffmans Stigma-Begriff	314

Teil D: Conclusio

13. Abschluss	323
----------------------------	-----

Anhang

Bibliographie	331
Abbildungsverzeichnis	357
Anhang I: Transkriptionskonventionen	359
Anhang II: Metadaten	361

Danksagung

Dieses Buch ist das Ergebnis von über drei Jahren des Forschens und Schreibens einerseits, des Austauschs und der Unterstützung durch grossartige Menschen andererseits. Es markiert damit den Abschluss eines intensiven akademischen Weges, den ich zu keinem Zeitpunkt allein gegangen bin. Auch wenn folglich nur ich als Autorin dieses Buches aufgeführt werde, so waren doch viele weitere Personen massgeblich an dessen Entstehung beteiligt. Diesen möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Mein erster Dank gilt den Wunscheltern, die mir ihr Vertrauen sowie ihre Zeit schenkten und die ihre in höchstem Mass persönlichen bis hin zu intimen Erfahrungen und Gefühle mit mir teilten. Jede einzelne Geschichte hat mich tief berührt und meinen eigenen Blick nachhaltig beeinflusst. Ohne sie gäbe es dieses Buch nicht.

Als nächstes möchte ich meinen beiden Betreuerinnen danken. Ich empfinde es als grosses Glück, im Wissen darum gewesen zu sein, dass meine Doktormutter stets an mich und meine Fähigkeiten glaubte und mir diese Promotion von Anfang an bis zum Schluss hin zutraute. Nach unseren Diss-Gesprächen bin ich immer in vielerlei Hinsicht schlauer gewesen als davor – für ihre Zeit und ihr Vertrauen danke ich Prof. Dr. Dorothea Lüddeckens. Auch meine Zweitbetreuerin Prof. Dr. Annuska Derks stand mir stets mit Rat und Tat sowie mit hilfreichem, kritischem und motivierendem Feedback zu meinen Texten zur Seite. Danke an dieser Stelle auch Prof. Dr. Rafael Walthert für die Einladung in sein Forschungskolloquium. Die dort stattgefundenen Diskussionen machten meine Theoriekapitel zu einem besseren Text.

Während meiner Promotionszeit war ich als Assistentin am Religionswissenschaftlichen Seminar der Universität Zürich angestellt. Dies hat sich als Privileg herausgestellt, denn die Gespräche mit meinen Peers und Kolleg:innen haben massgeblich zur Qualität meiner Forschung sowie meiner Texte beigetragen. Für die fachlichen, methodischen und kritischen Diskussionen und Feedbacks im Rahmen von Writing Groups, Forschungswerkstätten, Kolloquien, Workshops oder während der stets inspirierenden nachmittäglichen Kaffeepausen möchte ich mich insbesondere bei Loïc Bawidamann, Michelle Cafilisch, Schirin Ghazivakili, Mara Griesehop, Diana Haibucher, Marie Jäckel, Vanessa Kopplin, Lea Mägli, Jill Marxer, Mira Menzfeld, Dominik Müller, Angela Nacke, Nina Rabeth, Maike Sieler, Farida Stickel und Andrea Suter bedanken. Euch und vielen weiteren Mitarbeitenden habe ich es zu verdanken, dass das RWS nicht nur ein Arbeits-

ort, sondern auch ein Zuhause darstellte. An dieser Stelle sei auch dem gesamten ATP der Fakultät für die administrative Betreuung der Promotion und des Abschlussprozesses im Besonderen gedankt.

Auch meinen Kolleg:innen vom UFSP »Human Reproduction Reloaded« möchte ich herzlich für den interdisziplinären, freundlichen und anregenden Austausch danken, der in so vielen verschiedenen Gefässen stattgefunden hat. Hervorgehoben möchte ich mich bei meinen Kolleg:innen vom Teilprojekt 3 Julia Böcker, Daniel Drewniak, Lea Heistrüvers und Anina Meier sowie bei Nina Jakoby bedanken. Die Zusammenarbeit mit Euch werde ich sowohl auf einer fachlichen wie auch auf einer persönlichen Ebene in bester Erinnerung behalten.

Mein letzter, aber womöglich tiefster Dank gilt meiner Familie. Meine Eltern haben mir ein Studium in finanzieller und emotionaler Hinsicht ermöglicht und nur deshalb kam eine Promotion überhaupt erst in Frage. Auch für die Unterstützung nach der Geburt meiner Tochter Ellie vorletztes Jahr möchte ich mich bedanken. Ich habe die liebevollen Kinder-Betreuungsstunden nicht mitgezählt, aber es waren viele.

Ein solch umfassendes Buchprojekt zu verfolgen und gleichzeitig eine eigene Familie zu haben, ist manchmal eine grosse Herausforderung. Das Umgekehrte trifft jedoch genauso zu: Eine doktorierende Ehefrau bzw. Mutter muss getragen werden durch ein System, das diese stellenweise sehr intensiven und absorbierenden Phasen des Forschens und Schreibens trägt und aushält. Danke, Jan, für Dein Verständnis, Deinen Support, Deine Geduld, Deinen Glauben an mich und dass Du einfach immer da warst. Dir und Ellie möchte ich dieses Buch widmen.

Teil A: Ausgangslage

1. *Doing* unerfüllter Kinderwunsch

In diesem Buch geht es um Menschen, die aus medizinischen Gründen einen unerfüllten Kinderwunsch haben. Es ist kein Buch über »Exoten«, sondern über »ganz normale Menschen«, wie eine Interviewpartnerin ihr Dasein mir gegenüber umschrieb. Als ich mit der Forschung begann, hatte ich bislang noch keinen Zugang zu Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch und wusste demzufolge auch nichts über deren Lebensrealitäten. Ich plante, Interviews mit ihnen zu führen, in denen sie mir von ihrer Unfruchtbarkeit, ihrer Kinderlosigkeit und den ihnen zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten berichten würden. Dabei interessierte mich besonders, inwiefern sie Religion – in diesem Fall das evangelikale Christentum – als Ressource im Umgang mit der Situation erlebten. Mit dieser Intention startete ich im Herbst 2021 mit der Erhebung der Daten.

Heute, mehrere Jahre später, kenne ich verschiedenste Lebensgeschichten von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch. Für die breite gesellschaftliche Öffentlichkeit sind diese Geschichten weitestgehend unsichtbar, nicht zugänglich und unauffällig. Die Menschen, mit denen ich gesprochen habe, erleben den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema dementsprechend als tabuisierend oder gar stigmatisierend – ganz so, als könnte die Erfahrung eines unerfüllten Kinderwunsches nicht jede beliebige Person, sondern eben nur »Exoten« ereilen. Tatsächlich führen Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch ein Leben, das – i.d.R. zunehmend – auf die Überwindung dieses Zustands ausgerichtet ist. Sie erleben ihn folglich nicht nur als krisenhaft und identitätsbedrohend, sondern vor allem als etwas Allumfassendes, als etwas, was sämtliche Lebenslagen beeinflussen und grundlegend verändern kann. Der Soziologe Arthur Greil (1991) benennt den Zustand der Unfruchtbarkeit als einen ganz spezifischen »Life-Style« (97), und die Anthropologin Sarah Franklin (2002) beschreibt ihn als »besitzergreifend« (»takes over«, 385). Den Alltag von Personen, die mit medizinischen Mitteln versuchen, eine Schwangerschaft zu erzielen, benennt sie als ein »Leben in der Welt der assistierten Konzeption« (375). Hört man Personen mit unerfülltem Kinderwunsch zu, wird klar, was

Franklin damit meint. So führten Rahel (t2) und Maria,¹ zwei Frauen, die ich interviewte, aus:

mein Leben hat sich schon recht verändert in den letzten zwei Jahren [...] darf ich das jetzt, darf ich das nicht und so und vorher habe ich einfach gelebt und es war mir scheisseegal, ich habe geraucht wenn ich Lust dazu hatte und jetzt ist es einfach so, eben alles so fokussiert auf »wo bin ich, wo stehe ich gerade im Monat im Zyklus, darf, darf, darf ich jetzt das essen?«, es sind einfach so viele Entscheidungen und viele Gedanken die einem die ganze Zeit durch den Kopf gehen (Rahel t2)²

dann haben wir wirklich zwei, drei Monate lang nichts gemacht [um an der Erfüllung des Kinderwunsches zu arbeiten], und wir haben einfach, ja, gelebt (Maria)

Rahel und Maria reflektieren eine Erfahrung, die von vielen meiner Interviewpartner:innen beschrieben wird: dass sich »Leben« in der subjektiven Wahrnehmung grundlegend vom »Leben mit unerfülltem Kinderwunsch« unterscheidet. »Einfach leben«, so die Andeutungen, ist keine Option mehr, wenn man an der Erfüllung dieses Wunsches arbeitet. Es bedingt einer aktiven »Pause«, wenn das Bedürfnis nach »Leben« irgendwann zu gross wird. So wurde mir bewusst, dass ich für diese Forschung nicht – wie ursprünglich geplant – isoliert darauf fokussieren kann, wie Menschen über ihren unerfüllten Kinderwunsch sprechen und welche Rolle Religion darin spielt. Ich muss das Allumfassende als konstitutives Merkmal dieses Zustandes begreifen und damit dessen Auswirkungen auf sämtliche Bereiche des Lebens in den Blick nehmen, ansonsten würde ich den Erfahrungen meiner Gesprächspartner:innen nicht gerecht. Auch Religion stellt für die gläubigen Christ:innen, die ich befragte, keinen vom unerfüllten Kinderwunsch separierbaren Aspekt dar, sondern ist integraler Bestandteil des Erlebens.

Ich möchte noch einen Schritt weiter gehen als Greil und Franklin. Deren Metapher des »besitzergreifenden Life-Styles« erweist sich zwar als zutreffend, jedoch wird sie der Rolle von Personen mit unerfülltem Kinderwunsch (unabhängig davon, ob er im Kontext von Reproduktionsmedizin stattfindet oder nicht) noch nicht gerecht. Der »Life-Style« ergreift nicht *einfach so* »Besitz« von diesen Menschen, vielmehr wird er aktiv durch sie konstruiert. Sie erleben den Zustand der Unfruchtbarkeit als etwas, was sie nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang kontrollieren können; sie können nicht beeinflussen, ob sie eine Endometriose haben, ob ihre Spermien eine ungünstige Form haben, ob sich die gezeugten Embryonen entwickeln, ob sie sich einnisten, ob es zu einer Fehlgeburt

1 Wie bei allen verwendeten Namen handelt es sich hierbei um Pseudonyme (vgl. dazu ausführlicher 5.2.3). Der Zusatz »t1« bzw. »t2« verweist darauf, dass es sich um das erste bzw. das zweite Interview mit dieser Person handelt.

2 Hierbei handelt es sich wie bei allen abgebildeten Zitaten um eine Übersetzung. Die Transkripte liegen mehrheitlich in verschiedenen schweizerdeutschen Dialekten vor, die zwecks besserer Lesbarkeit ins Standarddeutsche übersetzt wurden. Wo lexikalisch starke Abweichungen vom Ursprungstext vorgenommen werden, weil für einen schweizerdeutschen Ausdruck kein standarddeutsches Pendant existiert, wird in eckigen Klammern zusätzlich der originale Wortlaut wiedergegeben (vgl. ausführlicher 5.2.3 und Anhang I).

oder zu einer Schwangerschaft kommt. Umso mehr erarbeiten sie sich die *Interpretationshoheit* über das, was ihnen geschieht, und schaffen sich individuelle Ressourcen und Handlungsoptionen: »unable to choose their experience they can at least decide upon the meaning« (Hiimäe 2017: 35). Diese Deutungshoheit zu erlangen, Bedeutungszuschreibungsprozesse vorzunehmen und Entscheidungen für den weiteren Verlauf hinsichtlich des Umgangs mit dem Wunsch zu treffen, verlangt von ihnen Reflexionsleistungen in enorm ausgeprägtem Mass – das will ich mit diesem Buch aufzeigen. Obwohl ein unerfüllter Kinderwunsch in der Regel sowohl hinsichtlich einer emotionalen als auch einer körperlichen Dimension mit negativen Erfahrungen einhergeht, wäre es grundlegend falsch, die betreffenden Personen als passive Opfer zu verstehen, die der Situation ausgeliefert sind, die ihnen »geschieht« (vgl. Hiimäe 2017; Jennings 2010; Sandelowski 1993; Throsby 2004; Tjørnhøj-Thomsen 2005). Es wäre auch falsch, sie nur als »verzweifelt« zu verstehen. Die Auseinandersetzung mit einem unerfüllten Kinderwunsch erfordert unabhängig vom individuellen Umgang damit ein hohes Mass an emotionaler sowie körperbezogener Arbeit, Entschlossenheit und Ausdauer.

Weil Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch im Folgenden bewusst und betont als *aktive* Akteur:innen dargestellt werden, wird der Ausdruck der »Betroffenen« weitestgehend vermieden.³ Der Terminus impliziert eine potenzielle Passivität, mit der man den Gemeinten nicht gerecht würde. Präferiert wird der Ausdruck »Wunscheltern«: Dieser ist wertneutraler, während er gleichzeitig den Fokus, auf den die Gemeinten ihr gegenwärtiges Leben mehrheitlich ausrichten, nicht verneint. »Wunscheltern« ist zudem genderinklusiv. Es referiert sowohl auf Personen, die sich in einem binären Geschlechtermodell einordnen (was auf sämtliche interviewten Personen zutrifft), inkludiert jedoch auch nicht-binäre Menschen.⁴

Von diesem Verständnis der Forschungssubjekte leitet sich auch die zentrale These des Buches ab: Ein unerfüllter Kinderwunsch ist nichts, was Wunscheltern nur *haben*, sondern etwas, was sie vielmehr *tun*. Demzufolge kann die Rede sein von einem »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch«. Der Ausdruck irritiert sprachlich, was bewusst und gewollt ist: Die kognitive Dissonanz rührt daher, dass *Doing* auf Handeln und Aktivität verweist, während »unerfüllter Kinderwunsch« einen statischen Zustand beschreibt. »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch« fordert die Vorstellung von Wunscheltern als schlichte »Betroffene« einer körperlichen Kondition heraus und verweist auf eine angestrebte Korrektur dieser Denkweise. Das Konzept »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch« lehnt sich an dasjenige des »*Doing* Gender« an, welches aus der interaktionstheoretischen Soziologie stammt und von Candace West und Don H. Zimmerman entwickelt wurde (vgl. West/Zimmerman 1987).⁵ West/Zimmerman fassten Geschlecht bzw. Gender als etwas, das Individuen in einem fortlaufenden Herstellungsprozess *permanent* hervorbringen und

3 Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung zur Bezeichnung »Betroffene« Böcker (2022: 97).

4 Soweit möglich, werden geschlechtsneutrale Bezeichnungen (wie »Eltern« oder »Befragte«) verwendet. Wenn dies sprachlich nicht möglich ist, wird zur Markierung der Inklusion sämtlicher Geschlechtsidentitäten Gebrauch vom Doppelpunkt gemacht. Wo sich die Bezeichnung auf eine interviewte Person bezieht, die sich im binären Geschlechtsmodell eindeutig verordnet, finden auch entsprechende Termini wie etwa »Mutter« Anwendung.

5 Die *Doing*-Metapher wird auch in anderen Untersuchungskontexten mit dem Schlagwort des »practical turns« angewandt, so zum Beispiel in der Familienforschung. »*Doing* Family« verweist

reproduzieren. Damit wird der Deutung widersprochen, es handle sich bei Geschlecht um ein statisches Merkmal, das im Alltag bloss seinen Ausdruck findet (vgl. Gildemeister 2010: 137; Gildemeister/Wetterer 1992: 237). Auch »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch« verweist erstens darauf, dass dieses zugeschriebene Merkmal nicht nur in expliziten Situationen um das Thema »Kinder« oder »Fortpflanzung« relevant wird, sondern nahezu omnipräsent ist. Die zweite Parallele besteht darin, dass die Zuschreibung als »unfruchtbar« (genauso wie »männlich« oder »weiblich«) erst dadurch wirksam und identitätsstiftend wird, dass die Individuen diesem Zustand Bedeutung zuschreiben und daraus schlussfolgernd Handlungen vornehmen. Durch das *Doing* werden die Ausführenden in der (selbst) zugeschriebenen Identität gefestigt. Hier besteht jedoch ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Konzepten: Beim »*Doing Gender*« geschieht das *Tun* weitestgehend unbewusst, indem soziale Skripte befolgt werden. Die Konsequenz ist die Bestätigung gesellschaftlicher Normen sowie die Erhaltung sozial geltender Ordnungen und Kategorien, in welche sich die »Tuenden« einordnen – in diesem Fall das binäre Geschlechtsmodell. Für Wunscheltern hingegen gibt es solche Kategorien nicht; ihr Dasein ist in vielen Kontexten tabuisiert und es gibt demzufolge auch kein soziales Skript für das »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch«. Deswegen muss es sehr viel bewusster geschehen – Wunscheltern wissen, dass sie gewisse Handlungen vollziehen, weil sie sich gerade mitten im Prozess der Erfüllung ihres Kinderwunsches befinden. Mit ihrem »*Tun*« bestätigen sie nicht primär eine gesellschaftliche Norm, sondern arbeiten aktiv an der individuellen Aushandlung ihrer Situation. »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch« hebt daher die Tuenden als aktiv handelnde Akteur:innen hervor – im Gegensatz zum »*Doing Gender*«-Konzept, das versucht, deren unbewusste Normkonformität zu erklären. Das hängt auch damit zusammen, dass Wunscheltern mit ihrem Handeln vor allem versuchen, den gegenwärtigen Status zu *überwinden*.

Konkret beinhaltet das *Doing* das aktive Suchen nach Antworten auf Fragen wie: Warum geschieht das gerade mir? Warum kann mein Körper das Natürlichste der Welt nicht leisten? Bin ich dafür mitverantwortlich, dass die Seele meines zukünftigen Kindes nicht bei mir bleiben möchte? Wie entscheide ich mich für oder gegen bestimmte Massnahmen? Soll ich Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen? Darf ich in die Natur eingreifen? Welchen Weg hat Gott für mich vorhergesehen? Soll ich noch eine Hypnose-Therapie ausprobieren? Worauf muss ich bei meiner Ernährung achten? Welchen Personen oder Instanzen gebe ich die Autorität, über den Umgang mit der Situation mitzuentcheiden? Wen involviere ich in die Entscheidungsfindung, mit wem spreche ich darüber? Wie verändert sich die Paar-identität? Darf ich Missgunst darüber empfinden, dass alle meine jüngeren Geschwister problemlos Eltern geworden sind? Warum sind eigentlich alle in meinem Umfeld schwanger? Darf ich um den Verlust eines Embryos trauern? Wie organisiere ich meinen Arbeitsalltag, wenn ich permanent in die Kinderwunschklinik gehen muss und mir Hormone zu gesetzten Zeiten spritzen muss? Gibt es alternative Identitäten zur Elternrolle? Wer bin ich und wo ist mein zugewiesener Platz – in einer Welt oder in einer Gemeinde, die die kinderreiche Familie als heilig erachtet? Wie schaue ich nach abgeschlossenem unerfülltem Kinderwunsch auf die Zeit zurück – und macht es einen

dann etwa darauf, dass Familie nicht als etwas Gegebenes betrachtet wird, sondern als etwas, woran aktiv gearbeitet wird bzw. werden muss (vgl. z.B. Jurczyk 2014).

Unterschied für mein Kind, dass es »künstlich« erzeugt wurde? Diese Auseinandersetzungen sind nur einige Beispiele, die Wunscheltern in den Interviews benannten. *Doing* unerfüllter Kinderwunsch bezieht sich auf eine kognitive und emotionale Ebene, die jedoch auch Konsequenzen hinsichtlich einer körperlichen Dimension miteinschliesst. Offensichtlich ist dies bei der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin und von alternativen Behandlungsformen. Doch auch die potenziell veränderte Paaridentität kann mit körperbezogenen Konsequenzen einhergehen. Das ist etwa dann der Fall, wenn das Paar »im Zyklus« der Frau lebt und auf keinen Fall einen fruchtbaren Tag verpassen will, um eine ersehnte Schwangerschaft zu erzeugen.

Dieses Buch hat den Anspruch, eine analytische Ordnung in diese Fülle an geschilderten Fragen, Auseinandersetzungen und veränderten Lebensumstände einzubringen. Der Aufbau des Buches gestaltet sich dabei wie folgt: In **Teil A** wird zunächst die Ausgangslage beschrieben. »Ausgangslage« bezieht sich erstens auf den Forschungsstand, in welchen die Ausführungen eingebettet werden. Zweitens soll auch die Ausgangslage für Wunscheltern dargelegt werden. Damit sind zum einen die ihnen zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten gemeint, zum anderen der rechtliche Kontext, in welchem sie sich bewegen.

In **Teil B** werden Überlegungen zu Ethik, Methode und Feld dargelegt. Im Kapitel zur Ethik wird der Fokus auf die potenzielle Vulnerabilität der interviewten Wunscheltern und deren mögliche Auswirkungen auf verschiedene Stadien im Forschungsprozess gelegt. Im Methoden-Kapitel werden u. a. die leitenden Forschungsfragen formuliert sowie ausgeführt, dass sich die Prozesse von Datenerhebung, -auswertung und Theoriebildung auf den Forschungsstil der Grounded Theory beziehen. Weil es sich bei der Grounded Theory nicht um eine Methode im engeren Sinne handelt, bedingt es weiterer Ausführungen, um das methodische Vorgehen zu begründen. Schliesslich wird das untersuchte Feld sowie mein Zugang zu ihm beschrieben.

Teil C ist der Analyseteil und damit das Kernstück des Buches. Dieser hat den Anspruch, das *Doing* unerfüllter Kinderwunsch in einer analytischen Ordnung wiederzugeben. Leitend ist dabei u. a. die Frage, inwiefern religiöse Bedeutungszuschreibungsprozesse von den Wunscheltern vorgenommen und bewertet werden. Ich konnte sechs soziale Momente identifizieren, in denen das *Doing* für Wunscheltern von besonderer Relevanz ist. Diese werden in je einem Kapitel dargelegt.

Das erste soziale Moment sind die **biomedizinischen Zugänge** und Lösungsvorschläge für die Situation eines unerfüllten Kinderwunsches. Es wird sich zeigen, dass Unfruchtbarkeit gesamtgesellschaftlich als ein primär medizinisches Problem verhandelt wird. Daher überrascht es nicht, dass sich sämtliche Wunscheltern zu den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin verhalten und aktiv Entscheidungen für oder gegen deren Inanspruchnahme treffen *mussten*. Neben biomedizinischen Ansätzen sind jedoch auch **alternative Zugänge** zum Thema Kinderwunsch und Schwangerschaft in den Daten präsent. Im zweiten Kapitel werden die Gründe dafür ausgeführt und es wird der Frage nachgegangen, inwiefern alternative, »ganzheitliche« Verständnisse von Gesundheit teilweise als Ressource, teilweise als Belastung empfunden werden. Im dritten Kapitel wird die Frage verhandelt, inwiefern der **Einbezug transzendenter Grössen** für Wunscheltern eine Rolle spielt, etwa zum Zweck der Legitimation ihrer Handlungen und Entscheidungen. Für christlich-gläubige Wunscheltern wird diese Transzendenz

durch »Gott« bzw. »Jesus« verkörpert, während die Rolle bei den nicht-spezifisch Gläubigen durch semantisch vagare Konzepte versinnbildlicht wird. Im vierten Kapitel wird ausgeführt, inwiefern Wunscheltern eine **Beziehung zu ihrem (imaginierten) Wunschkind** aufbauen, welches (noch) nicht oder nicht mehr physisch existiert. Dabei wird sich zeigen, dass die gedankliche Möglichkeit einer zukünftigen Existenz dieses Kindes sowohl eine Quelle für Hoffnung wie auch existenzielle Verlustängste implizieren kann. Diese Ambivalenzen auszuhalten, ist für viele ein wesentlicher Aspekt des *Doings*. Die Bedeutung des Kinderwunsches für die **Partnerschaft sowie für das genderspezifische Identitätsgefühl** werden im fünften Kapitel adressiert. Die Ausführungen veranschaulichen, inwieweit männliche und weibliche Unfruchtbarkeit auch sozial mitkonstruiert sind und wie sich diese sozialen Konstrukte auf das Erleben von Wunscheltern auswirken. Schliesslich wird im sechsten Kapitel dargelegt, was alltägliche Interaktionen in der **»fruchtbaren Welt«** für Wunscheltern bedeuten. Dabei geht es darum, dass sie ihre Umwelt auf eine spezifische Art und Weise wahrnehmen und sich häufig von Dritten – aber auch von sich selbst – auf ihre ungewollte Kinderlosigkeit⁶ reduziert wahrnehmen.

Sämtliche Analyse-Kapitel werden mit jeweils einem Unterkapitel abgeschlossen, in welchem theoretische Anschlüsse zu den jeweiligen Erkenntnissen diskutiert werden. Diese Ausführungen haben den Anspruch, die analytischen Ergebnisse weiterzudenken, in einen grösseren Zusammenhang einzubetten und für einen breiteren (religions-)wissenschaftlichen Diskurs anschlussfähig zu machen. Die Ausführungen sind nicht erschöpfend, sondern sollen Potenzial für mögliche weiterführende Forschungsfragen explizit machen.

Der letzte, abschliessende **Teil D** ist die Conclusio. In dieser werden die Ergebnisse zusammengefasst, die im Folgenden noch ausformulierten Forschungsfragen explizit beantwortet und ein Fazit gezogen.

Im Anhang findet sich ein Datenplan in Form einer Übersicht über die geführten Interviews bzw. alle relevanten Feldforschungssubjekte, die ich im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen kennengelernt habe.

6 Im Feld existiert als Alternativbezeichnung zu »kinderlos« auch der Ausdruck »kinderfrei« (vgl. z.B. Podcast »Expectations – geplant und ungeplant kinderfrei«, <https://www.expectations.ch>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025). Die Endung »-los« wird teilweise als abwertend erachtet, weil sie impliziert, dass der bezeichneten Person etwas *fehlt* und sie deshalb kein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft ist. Allerdings ist auch »kinderfrei« nicht unproblematisch oder wertfrei. Die Endung »-frei« konnotiert das, was nicht vorhanden ist, explizit negativ – in diesem Fall Kinder (vgl. z.B. die Wörter »zuckerfrei«, »barrierefrei« oder »stressfrei«) (vgl. Throsby 2004: 17). Hinzu kommt, dass sich die meisten befragten Wunscheltern nicht als »kinderfrei« bezeichneten, weil der Zustand ungewollt ist. Sie teilen damit die Auffassung, dass ihnen etwas *fehlt*. Aus diesen Gründen wird der Ausdruck »kinderfrei« in diesem Buch nur objektsprachlich verwendet.

2. Forschungsstand

Der Forschungsstand wird grösstenteils in den Analysekapiteln diskutiert, in denen die einzelnen Forschungen für die vorliegende Untersuchung relevant werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Forschungsarbeiten vorgestellt, in denen die Perspektive von Wunscheltern im Fokus steht und auf die auch hier immer wieder referiert wird oder die für den wissenschaftlichen Diskurs grundsätzlich prägend sind. Anschliessend wird beschrieben, warum angesichts des Forschungsstandes ein explizit religionswissenschaftlicher Zugang zum Thema unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin so wichtig ist und wo dieses Buch Forschungslücken zu füllen vermag. Abschliessend soll ein Fokus auf die Problematik der bestehenden sozialwissenschaftlichen Forschungsarbeiten als Gesamtes gelegt werden, welche bestimmte Perspektiven und Lebensrealitäten (unbeabsichtigt) ausschliesst.

2.1 Relevante sozialwissenschaftliche Publikationen

Auffallend ist, dass viele sozialwissenschaftlich ausgerichtete – und heute nach wie vor zitierte – Studien zu Wunscheltern aus den 1980er- und 1990er-Jahren stammen. Das mag mit der Geschichte der modernen Reproduktionsmedizin zusammenhängen, deren Anfänge häufig auf die Geburt von Louise Brown am 25. Juli 1978 datiert werden (vgl. dazu ausführlicher 7.2). Seit diesem Zeitpunkt erfuhren die Themen Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin mehr mediale und damit dann auch (sozial-)wissenschaftliche Aufmerksamkeit (vgl. Greil 1991: 32f.).

Als erste relevante Publikation ist die Monographie »Not Yet Pregnant« des US-amerikanischen Soziologen Arthur Greil (1991) zu nennen. Greils Studie ist vom Design und der Methode her vergleichbar mit der vorliegenden Forschungsarbeit. Er interviewte sowohl Frauen als auch Männer, die von Unfruchtbarkeit betroffen waren und war einer der ersten, der veranschaulichte, dass ein unerfüllter Kinderwunsch keine rein medizinische Kondition darstellt. Ähnlich, jedoch mit einem feministischeren Anspruch, ist auch die Publikation von Margarete Sandelowski »With Child in Mind« (1993) zu verstehen. Zu einer ähnlichen Zeit führte sie, ebenfalls in den USA, zwei qualitative Studien durch. Eine

davon fokussierte unfruchtbare Frauen, eine zweite solche, die nach langjährigem unerfülltem Kinderwunsch im Begriff waren, Eltern zu werden.

Als weitere wichtige Stimme im sozialwissenschaftlichen Diskurs ist die US-amerikanische Anthropologin Sarah Franklin zu nennen, die ebenfalls als feministisch zu verstehen ist. Sie näherte sich dem Feld von der technologischen Seite her. Ihre Forschungen beziehen sich auf die sozialen Implikationen der Reproduktionsmedizin, insbesondere für Frauen. Bekannt geworden ist sie vor allem für ihr Werk »Embodied Progress« (Franklin 1997), in welchem sie die sozialen Konsequenzen des Narrativs der In-Vitro-Fertilisation als symbolische Verkörperung des medizinischen Fortschritts untersuchte.

Als relevant haben sich auch die diversen Publikationen der englischen Professorin für Gender Studies, Karen Throsby, erwiesen, deren Fokus auf Frauen lag, bei denen der Einsatz von reproduktionsmedizinischen Mitteln nicht zum gewünschten Ergebnis geführt hatte (vgl. ihre Monographie »When IVF Fails: Feminism, Infertility and the Negotiation of Normality«, Throsby 2004). Throsbys Werke werden im akademischen Diskurs nicht ganz so häufig zitiert wie die bisher genannten. Das mag daran liegen, dass sich ihr Fokus im Verlauf ihrer wissenschaftlichen Karriere verschoben hat und sie heute die sozialen Implikationen anderer gesundheitsbezogener Themen untersucht.

Weitere vergleichbare Studien, die relevante Referenzpunkte darstellen, sind diejenigen von Tine Tjørnhøj-Thomsen (2005), die teilnehmende Beobachtung in dänischen Selbsthilfegruppen durchführte, sowie die von Trudie Gerrits (2016), deren Daten sich ebenfalls auf teilnehmende Beobachtung sowie Interviews in niederländischen Kliniken beziehen. Schliesslich haben sich zwei weitere, neuere Publikationen als wichtig erwiesen. Danielle Czarnecki fokussiert in ihren sozialwissenschaftlichen Arbeiten religiöse Framings von Abtreibungen in den USA. In einer ihrer Publikationen vergleicht sie evangelikale Diskurse um Abtreibung mit solchen um Reproduktionsmedizin und führte zusätzlich qualitative Interviews durch (Czarnecki 2022). Zuletzt wird im Folgenden wiederkehrend auf die deutsche Soziologin Julia Böcker referiert. Mit ihrer Monographie über das subjektive Erleben reproduktiver Verluste (»Fehlgeburt und Stillgeburt«, 2022) schloss sie eine Lücke in der sozialwissenschaftlichen Literatur.

Nicht unerwähnt bleiben sollen hier die Arbeiten von Marcia Inhorn, die gegenwärtig als *die* anthropologische Koryphäe zum Thema Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin gilt. Ihr Fokus lag zunächst auf dem »Reproduktionstourismus« u.a. im Libanon und in Ägypten, wobei sie auch Religion als wichtigen Aspekt untersuchte (vgl. u.a. Inhorn 2003; Inhorn/Tremayne 2012; Inhorn/Shrivastav/Patrizio 2012), später dann auf Social Egg Freezing, also dem Einfrieren von Eizellen zum Zweck einer Realisierung des Kinderwunsches in der Zukunft (vgl. Inhorn 2023). Inhorn wird im Folgenden ebenfalls häufig zitiert, allerdings haben sich weder Social Egg Freezing noch der »Reproduktionstourismus« als zentrale Themen im verwerteten Datenmaterial erwiesen. Daher kommt ihr hier der Status nicht ganz zu, der ihr im sozialwissenschaftlichen Diskurs um Fortpflanzungsmedizin üblicherweise zuteilwird.

2.2 Zum Status von Religion

Wie wird Religion in der sozialwissenschaftlichen Literatur zu Unfruchtbarkeit, Reproduktionsmedizin und unerfülltem Kinderwunsch verhandelt? Warum ist es wichtig und legitim, Religion überhaupt in den Blickwinkel zu nehmen?

Bioethische Themen sind aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zwar nicht »essentially religious«, wie der Theologe William E. Stempsey (2011) argumentiert, und trotzdem ist ihm dahingehend zuzustimmen, dass (bio-)ethische Fragen traditionellerweise (auch) in den Zuständigkeitsbereich von Religion(en) fallen. Die meisten religiösen Autoritätspersonen und viele religiös-normative Schriften verhandeln bioethische Fragen und beurteilen etwa reproduktionsmedizinische Möglichkeiten moralisch.¹ Stempsey beklagt, dass Religion mit dem Argument der Säkularisierung illegitimerweise aus dem Diskurs um bioethische Fragen verdrängt würde – ein Argument, das sich auch in der sozialwissenschaftlichen Literatur findet, wenn auch mit einem anderen Impetus. Die Folkloristin Reet Hiiemäe (2017) etwa benennt eine religionswissenschaftliche Perspektive sowie das Sichtbarmachen von Religion im Kontext von Forschung zu Wunscheltern als Forschungsdesiderat. Im von ihr untersuchten Fallbeispiel Estland würden viele Wunscheltern auf religiöse (sie spricht von »magischen«) Zugänge zum Thema Reproduktion und Gesundheit allgemein referieren. Dies hätte jedoch in einer allgemeinen Öffentlichkeit keinen Platz, weil es als rückständig und damit als nicht sozial akzeptiert gilt (vgl. 27–40). Werden religiöse Deutungen in diesem Kontext in der Forschung ausgeklammert, wird implizit negiert, dass Religion »can severely limit reproductive options but can also serve as a source of meaning and provide cultural resources to make sense of reproduction« (Czarnecki 2022: 94). Czarnecki beobachtet diese implizite Negierung von Religion als relevant für die Sinngebung von Wunscheltern exklusiv in Studien, die sich auf westliche Kontexte beziehen: »Yet research in Western contexts has largely focused on the medicalized experience of infertility, where a condition of human life becomes defined as a medical problem« (ebd., vgl. zu dieser Kritik auch Thompson 2006). Tatsächlich werden Religion oder religiöse Bedeutungszuschreibungen in »westlichen« Interviewstudien oberflächlich und tendenziell als etwas Negatives verhandelt. In der Regel beschränkt sich das Religionsverständnis auf die Frage, inwiefern die Interviewten sich auf eine transzendente Grösse (»Gott«) beziehen, um ihre Situation zu erklären. Dabei ist das Narrativ des strafenden und bösen Gottes, dessen Beweggründe man nicht versteht, das weitaus präsenteste (vgl. z.B. Greil 1991: 154f.; Webb/Daniluk 1999: 16; Whiteford/Gonzalez 1995). Für nicht-westliche Kontexte hingegen gibt es mannigfache Beispiele, in denen die Wichtigkeit von Religion für Wunscheltern differenziert diskutiert wird. Einige davon sind Bharadwaj (2016) für Indien, Farzadi et al. (2007) sowie Roudsari/Allan/Smith (2014) für den Iran, Gökнар (2015) für die Türkei, Hiadzi/Boafo/Tetteh (2021) für Ghana, Inhorn (2021) für die MENA-

1 Vgl. dazu etwa den Sammelband von Blyth/Landau (2009). In diesem werden Haltungen gegenüber reproduktionsmedizinischen Technologien in verschiedenen religiösen Traditionen vorgestellt. Es ist selbstredend, dass die gelebte Praxis davon abweichen kann und dass auch die offiziellen Lehrmeinungen sich gegenseitig widersprechen können (vgl. dazu Hiadzi/Boafo/Tetteh 2021, Inhorn/Shrivastav/Patrizio 2012; Roudsari/Allan/Smith 2007).

Region, Roberts (2016) für Ecuador und Sewpaul (1999) für Südafrika. In diesem Sinne soll dieses Buch zur Schliessung einer Lücke im akademischen Diskurs beitragen.

2.3 Sichtbare und unsichtbare Forschungssubjekte

In der sozialwissenschaftlichen Forschung zum Themenkomplex Unfruchtbarkeit, unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin lässt sich feststellen, dass einige Forschungssubjekte empirisch abgebildet werden, während andere unsichtbar bleiben. Das hängt u.a. mit dem Datenerhebungsprozess zusammen. Oft werden mögliche Interviewpartner:innen in Kinderwunschkliniken rekrutiert. Diese Samplings bilden nicht die real existierende Diversität ab: Nicht alle Wunscherltern konsultieren Kinderwunschkliniken, entweder deshalb, weil sie es – namentlich aus finanziellen Gründen – nicht *können*, oder aber, weil sie es nicht *wollen* (vgl. Greil/Slauson-Blevins/McQuillan 2010: 142; Hadley 2021: 329; Ross/Moll 2020: 559; Sandelowski 1993: 54).

In qualitativen Forschungsarbeiten zu Wunscherltern wird entsprechend problematisiert, dass sie aufgrund eines erschwerten bzw. fehlenden Feldzugangs zu gewissen Teilen der Bevölkerung nur eine sehr spezifische Gruppe abbilden, deren Mitglieder in der Regel die Merkmale weiss, gebildet, verheiratet und Angehörige der Mittelklasse teilen (vgl. Bailey/Ellis-Caird/Croft 2017; Daniluk 1996; Greil 1991; Imeson/McMurray 1996; Jennings 2010; Letherby 2012; Throsby 2006; Throsby/Gill 2004; Webb/Daniluk 1999). Wenn Forschungsarbeiten Wunscherltern mit Personen gleichsetzen, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, werden gewisse Sichtweisen und Lebensrealitäten unsichtbar gemacht. Dadurch wird eine soziale Implikation der Fortpflanzungsmedizin, welche aus feministischer Sicht häufig problematisiert wird, reproduziert. Gemäss Jennings (2010) stellt diese nämlich sicher, dass exklusiv diejenigen Personen Kinder bekommen, deren Reproduktion staatlich erwünscht ist (vgl. 230f.).² Schon in den 1980er-Jahren stellte die Soziologin Alena Heitlinger (1987) fest, dass »all societies intervene in procreation, because giving birth and raising children are too important to societies for them not to intervene« (99). Morell (2000) konstatiert für die USA dieser Zeit das Aufkommen eines »new pronatalism«: Weisse Personen, die einer Mittelklasseschicht angehören, wurden dafür verurteilt, wenn sie keine Kinder haben wollten, während es bei People of Color (POC) gerade umgekehrt war (vgl. 315). Noch heute existiert die Vorstellung der »overly fertile« nicht-weissen, migrantischen Bevölkerungsschicht, wie es Lonergan (2015) für das Fallbeispiel United Kingdom herausarbeitete. Auch Throsby (2004) verweist auf staatliche Bestrebungen, die gewährleisten sollen, dass sich die »richtigen« Individuen fortpflanzen, und benennt »motherhood« als ein »white, middle-class subject« (3). Während bei einigen die Fortpflanzung erwünscht und mit staatlichen Anreizen und Regulierungen gefördert wird, investiert man in Bezug auf andere Grup-

2 Browner/Sargent (2021) gehen gar so weit, reproduktionsmedizinische Technologien mit eugenischen Praktiken in Verbindung zu bringen: »After all, their [ART's] primary market is largely White professionals, the same group that early twentieth century eugenicists worried were not having enough children« (95).

pen in Aufklärung hinsichtlich Verhütung³ und/oder verwehrt ihnen mittels rechtlicher Regulierungen und finanzieller Bürden den Zugang zur Reproduktionsmedizin – so etwa POCs, Personen mit Behinderung, lesbischen Frauen und Frauen nach der Menopause (»alte Frauen«) (vgl. 4f.): »[T]he fertility market primarily serves white, affluent women, thereby facilitating the reproduction of white babies« (Czarnecki 2022: 93; vgl. auch Doyal 1987; Inhorn/Shrivastav/Patrizio 2012; Roberts 1997).

Die Ausführungen sind auch als Erklärung für das Zustandekommen des vorliegenden Samplings relevant. Dass gewisse Personen keinen Zugang zu reproduktionsmedizinischen Technologien haben und entsprechend nur ein Teil der Schweizer Bevölkerung abgebildet werden kann, wird dabei nur implizit deutlich: durch das weitgehende Fehlen von Forschungssubjekten, die sich reproduktionsmedizinische Hilfe nicht *leisten* können sowie von Personen, denen sie aufgrund ihrer Lebensform (namentlich nicht-heteronormative Beziehungsformen) nicht zugestanden wird. Diejenigen Personen erscheinen weniger offensichtlich auf dem Radar von Forschenden und bleiben entsprechend auch im wissenschaftlichen Diskurs eher unsichtbar. Geltende Machtstrukturen können so unbewusst oder zumindest ungewollt perpetuiert werden (vgl. dazu ausführlicher Kapitel 6). Somit stellt Forschung explizit zu marginalisierten Wunschelementen ein Forschungsdesiderat dar.

3 Vgl. zur Abhängigkeit des Zugangs zu Verhütung von der sozialen Klasse sowie zu Praktiken der Zwangssterilisation in den USA Klassen (2019: 22–24).

3. Medizinische und rechtliche Ausgangslage

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

3.1 Medizinische Grundlagen und Möglichkeiten

3.1.1 Begriffe

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

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

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

3.1.2 Statistiken, mögliche Ursachen und Therapiemöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Rechtlicher Kontext

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

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

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

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

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

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

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

Teil B: Ethik – Methode – Feld

4. Ethik: Forschung mit vulnerablen Personen

Wie bei jeglicher Forschung mit menschlichen Untersuchungssubjekten ist es unabdingbar, das eigene Handeln als Forscher:in ethisch zu reflektieren. Im Zuge dessen wurde für dieses Forschungsvorhaben ein Ethikantrag bei der Theologischen und Religionswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich eingereicht und bewilligt. Das einmalige Absegnen eines geplanten Forschungsvorhabens befreit Wissenschaftler:innen aber nicht davon, ihr weiteres Handeln fortlaufend einem ethischen Reflexionsprozess zu unterwerfen (vgl. Gilliat-Ray et al. 2022: 104). Daher sollen im Folgenden ebendiese forschungsethischen Überlegungen vor, während und nach der Datenerhebung dargelegt werden.

Forschungsethisch relevant ist im vorliegenden Fall vor allem, dass die Interviewpartner:innen als potenziell vulnerabel gefasst werden können.¹ Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, welche Aspekte eines unerfüllten Kinderwunsches zu dieser Vulnerabilität beitragen können. Damit hängt auch ein impliziter Rechtfertigungsdruck zusammen, dass an und mit diesen Personen überhaupt Forschung betrieben werden darf. Dabei geht es dezidiert *nicht* darum, ihnen eine Opferrolle zuzuschreiben. Der Fokus liegt in diesem Kapitel darauf, die emotionale Belastung hervorzuheben, die mit der Situation des unerfüllten Kinderwunsches in der Regel einhergeht. Wunscheltern sind damit als womöglich »besondere« Forschungssubjekte zu charakterisieren, die hervorgehobener ethischer Aufmerksamkeit bedürfen (4.1). Anschliessend wird die Interviewsituation als forschungsethisch relevantes Moment diskutiert. In dieser kann die Vulnerabilität der befragten Person sichtbar werden, was im gravierendsten Fall und bei einem fehlenden forschungsethischen Bewusstsein der:des Interviewer:in eine Retraumatisierung verursachen könnte. Diese Situation erfordert folglich ein adäquates Verhalten und eine entsprechende Vorbereitungsleistung. Auch hier geht es nicht darum, das Interview oder die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien als grundsätzliche Bedrohung für das psychische Wohlbefinden der Interviewten zu fassen. In einigen Fällen

1 Ich spreche hier von einer *potenziellen* Vulnerabilität, um die Möglichkeit offenzulassen, dass sich die Gemeinten von dieser Einordnung abgrenzen. Ob jemand vulnerabel ist, wird durch subjektive Bedeutungszuschreibungsprozesse mitbeeinflusst.

stellte diese für die Befragten sogar eine mögliche Form des Copings dar (4.2). Schließlich soll die Rolle der Forscherin – meine Positionalität – explizit gemacht werden. Dabei wird transparent, welchen Einfluss ich auf das Feld sowie das Feld auch mich – zumindest möglicherweise – ausübte (4.3).

Vorher erscheint es jedoch sinnvoll, den Begriff der »Vulnerabilität« einleitend genauer zu durchleuchten. Die Literatur dazu legt offen, dass ihm in keiner Weise ein einheitliches Konzept zugrunde liegt – er wird von verschiedenen Disziplinen in unterschiedlichen Kontexten angewandt und hat diverse Referenzobjekte. Relevant für die nachfolgenden Ausführungen sind vor allem zwei Arten von Vulnerabilität: *Erstens* wird das Vulnerabilitätskonzept auf ganze Personengruppen angewandt, die sozial stigmatisiert, geächtet oder marginalisiert werden – so etwa Geflüchtete, People of Color oder religiöse und sexuelle Minderheiten. Dies ist eine Perspektive, die sich v.a. in der sozialwissenschaftlichen (darunter auch in der religionswissenschaftlichen) Literatur findet (vgl. z.B. Damir-Geilsdorf/Menzfeld 2020; Gilliat-Ray et al. 2022; Hugman/Pittaway/Bartolomei 2011). *Zweitens* werden auch spezifische Einzelpersonen aufgrund einer traumatisierenden oder zumindest als intensiv und negativ erlebten Erfahrung als potenziell vulnerabel gedacht – also beispielsweise Personen, die vor Kurzem einen Verlust erlitten haben, Misshandlungen erfuhren oder an einer psychischen Krankheit leiden. Diese Art der Vulnerabilität kann sich entweder auf die psychische Gesamtverfassung oder lediglich auf das spezifische Thema beziehen. Dieses Konzept der Vulnerabilität findet sich eher in der gesundheitsbezogenen (z.B. psychologischen) Literatur (vgl. z.B. Böcker 2022; Campbell 2002; Dempsey et al. 2016; Gekoski/Gray/Adler 2012; Seedat et al. 2004).²

Ein solch weit gefasster Vulnerabilitätsbegriff impliziert, dass jede Person in Bezug auf bestimmte Themen vulnerabel sein könnte, ohne dass dies Dritten bewusst sein muss. So beobachtete Julia Böcker (2022), die qualitativ zu Fehl- und Stillgeburten forschte, dass sie bei Präsentationen an wissenschaftlichen Tagungen und Konferenzen ungeahnt heftige Reaktionen hervorrief. Das veranlasste sie dazu, in solchen Situationen vorab eine Triggerwarnung zum Einsatz kommen zu lassen. Böckers Untersuchungsfeld lässt sich mit demjenigen dieser Forschungsarbeit vergleichen – reproduktive Verluste können als einem Kinderwunschprozess oft inhärenter Teil verstanden werden. Bereits die alltägliche Konfrontation mit schwangeren Frauen oder Familien mit kleinen Kindern kann bei Wunscheltern eine emotionale Herausforderung darstellen und Wut-, Angst- oder Schuldgefühle auslösen (vgl. Tyler May 1998 und Ausführungen im 12. Kapitel). Eine weitere Konsequenz aus dem breiten Verständnis des Begriffs »Vulnerabilität« ist, dass auch die forschende Person davon betroffen sein kann. Dieser Aspekt hat bislang wenig Eingang in die Forschungsliteratur erlangt und soll im Kapitel Positionalität weiter aufgegriffen werden (s.u.).

2 Im Rahmen qualitativer Forschung können auch andere Menschen vulnerabel sein, die für diese Forschung nicht relevant sind – so beispielsweise Menschen, die Gefahr laufen, aufgrund ihrer Studienteilnahme Nachteile zu erfahren, wenn ihre Anonymität nicht gewährleistet ist oder auch Personen, die keine oder nur bedingt informierte Zustimmung geben können. Dies könnten z.B. Asylsuchende sein, denen implizit suggeriert wird, eine Studienteilnahme könne sich positiv auf ihren Aufenthaltsstatus auswirken (siehe dazu die Untersuchungen von M'Bayo 2014).

Ich verstehe »vulnerabel« im Folgenden weder als eine pathologische noch als eine determinierende Kategorie. Personen, die in Bezug auf ein Thema vulnerabel sind, werden entsprechend auch nicht als hilflose oder handlungsunfähige Objekte betrachtet, die sich nicht gegen unethisches Handeln wehren könnten (s.u.). Vielmehr verstehe ich »vulnerabel« als die Beschreibung eines Lebensumstands einer Person, der in ihrer subjektiven Wahrnehmung mit intensiven und hauptsächlich negativen Emotionen verbunden ist. Dieser Lebensumstand kann sich zum einen auf die akute Situation sowie auf in der Vergangenheit erfolgte Erlebnisse beziehen, zum anderen kann er allumfassend oder nur in Bezug auf eine spezifische Thematik sein. Das Verstehen von Forschungssubjekten als potenziell vulnerabel in der qualitativen Forschung ist deswegen relevant, weil ihre Verletzlichkeit durch den Forschungsprozess – in meinem Fall die Interviewsituation – sichtbar werden kann. Wenn Interviewpartner:innen dazu aufgefordert werden, über emotional belastende Ereignisse und Lebensumstände zu berichten, können die damals erlebten Emotionen erneut akut werden. Entsprechend besteht hier die Notwendigkeit für ein ethisch-sensibles Feingefühl sowie einen Präventions- und Interventionsplan. Forschende sind dazu verpflichtet, sich auf solche Gespräche adäquat vorzubereiten, in der Gesprächssituation zu reagieren und ihr Handeln zu reflektieren. Dies gibt auch der Ethikausschuss der Theologischen und Religionswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich zu bedenken. Er sieht es als besondere ethische Herausforderung, wenn die »Teilnehmenden gebeten [werden], persönliche Erfahrungen (z.B. belastende Erlebnisse), sensitive Informationen (z.B. sexuelles Verhalten, Drogenkonsum) oder Einstellungen (z.B. politische, religiöse Präferenzen) preiszugeben« (Theologische Fakultät 2021: 1).

4.1 Wunscheltern

(Inwiefern) sind Personen mit unerfülltem Kinderwunsch überhaupt als potenziell »vulnerabel« zu fassen? Psychologische Studien kamen zum Schluss, dass die psychische Belastung der Diagnose »Unfruchtbarkeit« vergleichbar ist mit lebensbedrohlichen Krankheiten wie AIDS (vgl. Miles et al. 2009) oder Krebs (vgl. Roudsari/Allan/Smith 2007). Auch in der qualitativen Forschungsliteratur wird die – gesellschaftlich unterschätzte – emotionale Belastung eines unerfüllten Kinderwunsches im Allgemeinen und der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin im Besonderen immer wieder hervorgehoben. Whiteford/Gonzalez (1995) etwa berichten von einer Betroffenen, die Suizidgedanken hegte. Daniluk (1996) beschreibt die Zeit der Inanspruchnahme von Kinderwunschbehandlungen als eine Phase einer »intense emotional vulnerability« (88). Im Folgenden sollen die verschiedenen Ebenen benannt werden, welche eine Vulnerabilität im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches möglich und wahrscheinlich machen. Dabei ist jedoch wichtig anzumerken, dass es *nicht* um eine Quantifizierung psychischen Leidens gehen soll. Personen beispielsweise, die reproduktive Verluste erfahren haben, sind nicht *per se* oder »automatisch« vulnerabler als solche, die dies nicht getan haben – wie stark Erlebtes von Betroffenen als emotionale Belastung erfahren wird, ist immer auch subjektiv mitgeprägt. Dies hat sich im Verlauf der Datenerhebung immer wieder bestätigt: Im Voraus konnte nur sehr eingeschränkt abgeschätzt werden, wie emotional die In-

interviewpartner:innen und damit die -situationen werden würden. Zu Beginn des Forschungsprozesses ging ich noch davon aus, dass die Informationen, die mir meine Interviewpartner:innen schriftlich oder telefonisch mitteilten, ein Indikator dafür sind, wie vulnerabel die Betroffenen aktuell sind. Mit Sicherheit lässt sich aber nur festhalten, dass Interviews mit Personen, deren Kinderwunsch in Erfüllung gegangen ist, tendenziell weniger angespannt verliefen. Einige dieser Interviewpartner:innen machten ihre verminderte Vulnerabilität auch explizit, so wie beispielsweise Jana. An einer Stelle im Interview spricht sie von der emotionalen Belastung, die sie während ihrer Zeit mit unerfülltem Kinderwunsch verspürt hat und kommentiert abschliessend:

aber das ist, äh, es ist alles Vergangenheit es ist egal, wenn, wenn du dein Kind da hast und du endlich an deinem Ziel angelangt bist, dann ist alles so scheisseegal was vorher passiert ist (2) (Jana)

4.1.1 Unerreichbarkeit des eigenen Lebensentwurfs

Dass ein *unerfüllter Wunsch* bei Betroffenen negative Emotionen auslöst, ist der Sache bereits inhärent. Dieser unerfüllte Wunsch bezieht sich in den hier untersuchten Fallbeispielen auf einen Lebensentwurf, der in den meisten Fällen als identitätsstiftend und als Erfüllung eines grundlegenden Sinns im eigenen Leben erachtet wird. Viele Wunscheltern (insbesondere -mütter) gaben im Interview an, »schon immer« gewusst zu haben, dass sie eines Tages die Elternrolle einnehmen wollen. Einige richteten bereits ihr vorheriges Leben auf eine Familie aus; Vera und ihr Mann etwa wohnten in einer viel zu grossen Wohnung und waren zum Zeitpunkt des zweiten Interviews auf der Suche nach einer kleineren Bleibe, um nicht permanent daran erinnert zu werden, dass die Zimmer unbesetzt sind. Die Vorstellung, niemals Mutter zu werden, erscheint für viele nicht einmal denkbar; ein solcher Lebensentwurf zeichnet sich lediglich durch »Leere« aus:

ja, ich wusste ja nicht, was ich dann, blöde gesagt, mit meinem Leben anfangen soll wenn ich keine Kinder habe (Jana)

mein Leben ist einfach leer, ich habe keinen Plan B (Nadine)

Als besonders herausfordernd beschrieben viele Wunscheltern die Unwissenheit auszuhalten, ob sie irgendwann Eltern werden oder nicht. Für viele bedeutet das Nicht-Wissen darum, ob es nicht vielleicht »beim nächsten Mal klappen könnte«, einen Druck, es immer noch ein weiteres Mal zu versuchen (vgl. 7.3.3).

4.1.2 Körperliche Ausnahmesituation

Wunscheltern sind – sofern sie reproduktionsmedizinische Technologien in Anspruch nehmen – auch einer körperlichen Herausforderung ausgesetzt. Auf dieser Ebene beschrieb ein Grossteil der interviewten Frauen, dass die externe Zufuhr von Hormonen bei ihnen Unwohlsein auslöste, das sich auch auf einer psychischen Ebene äusserte, so etwa Anja:

ich hatte dieses Medikament, Duphaston heisst das, ähm, und das ist weil ich (1) ähm, Mühe hatte mit der Gelbkörperphase [...] und ich hatte schon vorbestehend schon eine gewisse Ängstlichkeit in mir, und das war dann, als würde ich auf einen Trip kommen, also ich bin wirklich einfach, ich hab wie innerlich einfach immer Angst gehabt und ich hab nicht gewusst WOVOR ich Angst habe oder WARUM ich Angst habe, es ist einfach, ich hab einfach Angst gehabt (Anja)

Für andere war die Angst vor körperlichen und psychischen Auswirkungen durch die Medikamente und Hormonspritzen sogar ein Grund, weitere medizinische Eingriffe zu unterbinden:

also das [die Spritze zur Auslösung des Eisprungs] haben wir dann probiert 2x und das ist nicht gut rausgekommen, also ich habe auch mega schlimm reagiert auf die Hormone und ähm, ich habe das halt auch nicht gewusst, ich habe meinen Frauenarzt gefragt und ich bin eh sensibel auf Medikamente und alles und ich habe ihn gefragt wie das aussieht und er so »ja nein das sind körpereigene Hormone und das ist nicht so schlimm und wenn du schwanger bist, hast du das auch« und es ist mir wirklich richtig schlecht gegangen, also den psychologischen Aspekt hat er total ausser vor gelassen [...] jetzt grad bin ich wirklich so abgeschreckt nach dieser Geschichte mit der Auslösespritze, dass ich es eigentlich so weit wie möglich vermeiden möchte wieder Hormone nehmen zu müssen (Vera t1)

4.1.3 Finanzielle Ausnahmesituation

Viele der befragten Wunscheltern gaben zudem an, dass die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin für sie eine finanzielle Herausforderung darstellte. Wie unter 3.2 ausgeführt, sind Ausgaben im niedrigen bis mittleren fünfstelligen Bereich die Normalität. Einige mussten ihre Eltern oder Freund:innen um eine Geldleihe bitten, auch in Anbetracht der Tatsache, dass mit der Geburt eines Kindes der finanzielle Mehraufwand im Normalfall erst beginnen würde. Weil sich die Krankenkassen in der Schweiz als fast einziges europäisches Land nicht an den künstlichen Befruchtungen beteiligen, wichen einige ins nördliche Nachbarland aus, wo die Behandlungen verhältnismässig günstig sind. Wieder andere berichteten, dass sie sich überlegen, die Behandlungen an weiter entfernten Orten durchzuführen – so gilt etwa Tschechien aufgrund der dortigen liberalen Rechtssituation in Kombination mit dem vergleichsweise günstigen Angebot als attraktive Destination. Dies erzählte mir Tessa in einem Interview. Tessa hatte ein Unternehmen gegründet, mit dem sie anderen Wunscheltern helfen möchte, im Ausland die passende Fruchtbarkeitsbehandlung zu finden. In diesem Kontext fällt häufig der Begriff des »Reproduktionstourismus«. Mit »Tourist:innen« geht die Assoziation wohlhabender Menschen einher, die ihren Urlaub an einem selbst gewählten Ort verbringen. Dass diese Assoziation nicht zutreffend ist, hat die qualitative Studie von Inhorn et al. (2012) aufgezeigt. Es handelt sich dabei nämlich gerade *nicht* um wohlhabende Menschen, sondern um solche, die sich aufgrund ihrer prekären finanziellen Lage dazu gezwungen sahen, ihr Heimatland zu verlassen und ihre reproduktiven Wünsche im Ausland zu erfüllen. Wunscheltern sind damit konfrontiert, dass sie ihr gewohntes Umfeld – und damit auch die Leute, die sie emotional unterstützen können – verlassen müssen, um an einen

Ort zu gehen, dessen Medizinsystem, Sprache und gegebenenfalls kulturelle Wertvorstellungen sie nicht verstehen. Sie müssen dazu meist unbezahlten Urlaub nehmen und vor dem Arbeitgeber ihre Fertilitätsprobleme offenlegen. Die Reisen ins Ausland zwecks Kinderwunschbehandlungen werden von Wunscheltern also nicht als »Urlaub« wahrgenommen, im Gegenteil, sie lösen auf verschiedenen Ebenen Stress aus und verstärken die potenzielle Vulnerabilität. Insofern leuchtet es ein, dass Inhorn et al. hier die Bezeichnung »reproductive exile« als Alternative zu »reproductive tourism« vorschlagen.

4.1.4 Reproduktive Verluste

Ein Merkmal, das Personen mit unerfülltem Kinderwunsch als besonders vulnerabel kennzeichnen kann, ist die überdurchschnittlich häufige Konfrontation mit reproduktiven Verlusten.³ In vielen Interviews berichteten Frauen über erlebte Fehlgeburten als nachhaltig emotional aufwühlendes Ereignis – so beispielsweise Nicole. Im Narrativonsteil des Interviews erzählt sie von ihrer zum Zeitpunkt des Interviews ca. 15 Jahre zurückliegenden Kinderwunschgeschichte, die eine Fehlgeburt im zweiten Trimester beinhaltet:

auf alle Fälle, ähm, habe ich so dermassen geblutet, ich dachte, ich hätte es verloren irgendwo im Hauseingang oder so, und dann bin ich in den Spital und hab gesagt »ja ich habs im WC verloren, ich habe nur noch geblutet die ganze Nacht« da haben sie gesagt [...] »okay, schauen wir gleich«, dann ging sie schauen und dann hat sie so »plutsch« gesagt »ah da ist es ja« (1) und dann ist es in eine Schale gekommen und ich so »ja Moment, stopp, ich möchte mich verabschieden und das gerne anschauen« und äh das war so ein Sack und man hat wirklich nicht viel gesehen, aber ja das ist so einfach medizinisch abgehakt worden und das ist für mich auch immer noch ein ziemlicher Schock (1), ah, ich rede einfach noch heute nicht gerne über so Sachen, jetzt fang ich gleich an zu weinen <weint> wirklich, also, das war so schlimm (Nicole)

Das Erlebte ruft bei Nicole noch heute starke emotionale Reaktionen hervor. Sie analysiert sich dabei ein Stück weit selbst und charakterisiert das Sprechen über die Fehlgeburt als eine für sie vulnerable Situation – sie spreche nicht gerne darüber und müsse »gleich an[fangen] zu weinen«. Sie ist folglich in Bezug auf dieses spezifische Erlebnis als vulnerabel zu verstehen.

Die Daten geben zudem Hinweise darauf, dass Personen, die schon mehrere Jahre auf ein Kind hoffen und bereits viele finanzielle, emotionale und zeitliche Ressourcen in die Erfüllung ihres Wunsches investiert haben, reproduktive Verluste als besonders gravierend erleben. Je nach *finanziellen* Möglichkeiten kann eine Fehlgeburt für ein Paar

3 Dies hat verschiedene medizinische Ursachen. Zum einen kann mit dem Grund für eine Unfruchtbarkeit auch ein erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt einhergehen (etwa bei Endometriose, vgl. Pérez-López et al. 2018). Zum anderen werden reproduktive Verluste schlicht häufiger bemerkt. Während viele spontan eintretende Schwangerschaften gar nicht bemerkt werden und entsprechend auch die Fehlgeburt nicht als solche identifiziert wird, wissen Frauen, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nahmen, ganz genau, dass sie schwanger waren und registrieren eine Fehlgeburt als solche (vgl. Gerrits 2016: 267).

bedeuten, dass die Hoffnung auf ein biologisch verwandtes Kind aufgegeben werden muss. So beschrieb Jana ihre Fehlgeburt deswegen als aushaltbar, weil noch vier weitere befruchtete Eizellen eingefroren waren. Das bedeutete für sie und ihren Mann, dass sie sich einen weiteren Versuch leisten konnten. Für Lea waren es insbesondere fehlende *emotionale* Ressourcen, die sie herausforderten, nach der zweiten Fehlgeburt weiterzumachen. Rahel (t1) bekundete ihre Angst vor reproduktiven Verlusten, weil sie dann wieder von vorne anfangen müsse – im Alter von bald 40 Jahren und damit signifikant abnehmenden Chancen. Ihr fehlen in ihrem Verständnis entsprechend vor allem *zeitliche* Ressourcen.

Die Beispiele zeigen, dass Wunscheltern einer Fehlgeburt weitreichende Bedeutungen zuschreiben, weil sie zukünftige Entscheidungen massgeblich beeinflussen können. Neben dem akuten emotionalen Verlust des ersehnten Kindes kann sie auch mit einem fundamentalen Verlust von Zeit, Geld und der grundsätzlichen Hoffnung auf ein eigenes Kind einhergehen.

4.1.5 Deutungskrisen

Im Folgenden beschreibt Vera, wie sie die ständige Enttäuschung durch negative Schwangerschaftstests und die permanente Hoffnung auf ein Ausbleiben der Menstruation als psychisch schwer aushaltbar erlebt:

also bei mir ist, ich bin jetzt im Moment, weil es mir so schlecht ging die letzten zwei, drei Monate an einem Punkt, an dem ich wirklich Angst habe es zu probieren [schwanger zu werden] also (2) ich habe jetzt wirklich gesagt, wir verhüten jetzt wieder die nächsten zwei, drei Monate weil ich einfach, ich kann nicht mehr [...] viele haben zu mir gesagt »sei doch nicht blöd, verhüte doch nicht, vielleicht klappt es genau dann« aber, aber ja, ich KANN nicht abschalten [...] aber es ist halt mega frustrierend, weil ich will ja eigentlich ein Kind, muss jetzt aber verhüten, weil die ganze Kinderwunschreise mich so zerrissen hat, dass ich es nicht mehr probieren kann (Vera t1)

Dieser Ausschnitt sowie auch die weiter oben abgebildeten Ausführungen von Nicole zur Fehlgeburt verweisen auf einen weiteren wichtigen Aspekt: Divergiere Fremd- und Selbstzuschreibungen und -deutungen dessen, wie »schlimm« etwas ist, können einen Rechtfertigungsdruck bei Betroffenen auslösen. Vera verhütet, weil sie eine Pause von der von ihr als belastend erlebten Situation braucht, ihr Umfeld jedoch bringt dafür wenig Verständnis auf. Damit spricht es ihr indirekt ihr Leiden ab, delegitimiert ihren Umgang damit und überträgt ihr eine Mitschuld (»sei doch nicht blöd, verhüte doch nicht, vielleicht klappt es genau dann«). Nicole beschreibt, wie sie das Produkt der Fehlgeburt als etwas Wertvolles betrachtet hat, von dem sie sich verabschieden wollte, während das ärztliche Personal es als medizinischen Abfall behandelte – auch ihr wurde damit ihre eigene Deutung abgesprochen. Genau dies thematisiert Julia Böcker (2022) in ihrer qualitativen Arbeit für das Fallbeispiel von Fehl- und Stillgeburten. Häufig deuten unbeteiligte Dritte die Situation anders, meistens weniger emotional – eine Fehlgeburt beispielsweise sei ja »nicht so schlimm«, weil noch kein »richtiges« Kind existiert hat. Ist folglich die Deutung Betroffener *nicht kongruent* mit derjenigen, die intersubjektiv an sie

herangetragen wird, kann dies zu einer weiteren Ebene an Krise führen, und zwar zu einer *Deutungskrise*. Diese kann die Situation für Betroffene weiter verschärfen (vgl. 187), wie sich das beispielhaft bei Vera und Nicole in sehr verschiedenen Kontexten gezeigt hat (vgl. auch 10. Kapitel).

4.1.6 Gesellschaftliche Exklusion und Ächtung

In der Einleitung zu diesem Kapitel wurde erläutert, dass die Literatur das Konzept der Vulnerabilität sowohl auf Einzelpersonen mit einem spezifischen Merkmal (wie beispielsweise ein erlebtes Trauma) oder aber auf ganze Personengruppen (wie etwa Minderheiten oder stigmatisierte Personen) bezieht. Der Fall ungewollt kinderloser Personen zeigt auf, dass diese beiden »Kategorien« in ein intersektionales Verhältnis zueinander treten können. Ein Merkmal, in diesem Fall die ungewollte Kinderlosigkeit, wird nicht nur von der betroffenen Person selbst als negativ erachtet, sondern kann zusätzlich auf einer sozialen Ebene Konsequenzen haben – Exklusion oder sogar Ächtung. Wunscheltern sind damit – wie sich in nahezu allen Interviews gezeigt hat – nicht nur Gefühlen der Angst, Frustration oder Verzweiflung ausgesetzt, sondern müssen sich auch mit einem gesellschaftlichen Kontext auseinandersetzen, der Kinderlosigkeit implizit oder explizit stigmatisiert. Das bedeutet auf einer impliziten Ebene vor allem eine soziale Exklusion. Wenn Gleichaltrige im engen Umfeld Kinder bekommen, durchlaufen sie das Übergangsritual, das sie dann als Zugehörige einer bestimmten sozialen Gruppe kennzeichnet: Eltern. Eltern, insbesondere Mütter, teilen die Erfahrung der Schwangerschaft, der Geburt und der Elternschaft. Ungewollt Kinderlosen bleibt dieser Zugang verwehrt. Soziale Exklusion kann mit psychischen Konsequenzen einhergehen, die Rosi Braidotti prägnant zusammenfasst: »non-belonging can be hell« (Braidotti 1994: 4, vgl. ausführlich zur Exklusion aus dem engen sozialen Umfeld sowie zu den erlebten Stigmata Kapitel 12).

Auf einer expliziten Ebene kommt eine soziale Ächtung durch stigmatisierende Kommentare von mehr oder weniger unbeteiligten Dritten dazu, die die Situation weiter negativ verstärken können. Dies wurde bereits im vorherigen Unterkapitel beispielhaft an den Fällen von Vera und Nicole aufgeführt. Neben dem Zuschreiben einer Mitschuld an der Situation und einem Absprechen von Leiden waren in nahezu allen Interviews als übergreifend erlebte Deutungen von Familienmitgliedern und Bekannten ein Thema. Ein Beispiel dafür ist Lea:

zum Beispiel [sagte mir meine Schwägerin], dass ich mir einen Coach hole für die Entscheidungen, dass ich das nicht selbst entscheiden kann und so weiter, das find ich, das muss doch ICH entscheiden, schaff ich das oder schaff ich das nicht (2), sie gibt mir dann schon das Gefühl, ich sei zu schwach dafür (Lea t1)

Die Situation geht folglich auch einher mit einem konfrontativen Umfeld, vor dem die Betroffenen sich selbst, ihre Gefühle, Entscheidungen und Handlungen zu rechtfertigen genötigt fühlen.

Nirgends jedoch zeigt sich die Stigmatisierung von Wunscheltern so deutlich wie auf Social Media oder in Kommentarspalten von klassischen Medien, die das Thema (un-

erfüllter) Kinderwunsch thematisieren.⁴ Dort lässt sich zunächst ein Egoismus-Topos identifizieren – Wunscheltern gehe es nur darum, das eigene Erbe weiterzutragen, statt etwa eine Adoption⁵ in Betracht zu ziehen. Hinzu kommt ein Schuldvorwurf, welcher auf der Vorstellung basiert, Unfruchtbarkeit sei in der Regel auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen und entsprechend selbstverantwortet.⁶ Ein dritter Topos bezieht sich darauf, dass ein unerfüllter Kinderwunsch nichts weiter ist als ein Luxusproblem, denn »das Leben zu zweit ist doch auch wunderschön«. Dies konnte auch Tjørnhøj-Thomsen (2005) in ihren Daten feststellen. Gewisse Kommentare gehen in ihrer Implikation noch einen Schritt weiter, indem sie das Leiden von Wunscheltern als positiv für die Gesamtgesellschaft deuten:

Finde ich gut. Die Erde ist schon zu überbevölkert.

Tolle News, der sicherste Weg zum Umweltschutz.

In all diesen Topoi, in den oben abgebildeten Kommentaren jedoch im Besonderen, bleibt die Situation eines unerfüllten Kinderwunsches als gravierende und potenziell lebensbedrohliche Kondition unausgesprochen. Vielmehr wird präsupponiert, dass es sich dabei um eine Angelegenheit handelt, welche von der Gesamtgesellschaft legitimerweise mitverhandelt wird. Dadurch wird das potenzielle Leid von Wunscheltern negiert oder als hinzunehmender Kollateralschaden für etwas inszeniert, was positiv bewertet wird (hier die Minderung eines angenommenen Überbevölkerungs- und Umweltschutzproblems).

Die Kommentare veranschaulichen auch, warum – trotz aller ethischer Herausforderungen – eine Notwendigkeit besteht, mit und zu vulnerablen Personen zu forschen. Entsprechende Themen als legitimen wissenschaftlichen Untersuchungsgegenstand einfach auszuschließen, würde zur Tabuisierung derer Lebensrealität und damit auch zu deren Stigmatisierung implizit beitragen (vgl. dazu Böcker 2022: 97; Damir-Geilsdorf/Menzfeld 2020; Dempsey et al. 2016: 482).

4 Im Folgenden beziehe ich mich beispielhaft auf die Kommentare des Beitrags des SRF auf Instagram und YouTube: »Schlappe Spermien – wenns einfach nicht klappt« (online verfügbar unter: https://www.instagram.com/tv/Chzdeldt_gG/?igshid=YmMyMTA2M2Y=, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

5 Vgl. dazu ausführlich Kapitel 12.

6 Giddens/Fleck/Egger de Campo (2009) sprechen in diesem Zusammenhang von der zugeschriebenen Rolle des »illegitimen Kranken«. Dieser Topos kommt dann zur Anwendung, wenn Menschen eine Krankheit haben, von der angenommen wird, dass die:der Kranke (mit-)verantwortlich ist – wie etwa bei Alkoholismus. Einem »illegitimen Kranken« werden Rechte und Privilegien abgesprochen, die anderen Kranken zugesprochen werden – also beispielsweise eine Freistellung von der Arbeit, wenn man eine Bronchitis hat (vgl. 301). Im Kontext von Unfruchtbarkeit zeigt sich diese Rolle besonders deutlich bei der politischen Verhandlung der Frage, ob die Krankenkassen einen Teil der Kosten für die Kinderwunschbehandlungen übernehmen sollen (vgl. dazu ausführlicher 9.3).

4.2 Interviewsituation

In der Interviewsituation werden die Wunscherltern dazu angehalten, über ihre »Geschichte« zu berichten. In den Erzählungen kann die potenzielle Vulnerabilität sichtbar werden, etwa weil als belastend erfahrene Momente und damit assoziierte Emotionen durch das Wiedergeben erneut erlebt werden. Im Folgenden soll ausgeführt werden, wie mit dieser Situation in der Vorbereitung sowie während des Gesprächs umgegangen wurde.

4.2.1 Performativität qualitativer Interviews

Vor Beginn der Datenerhebung bestand die Befürchtung, es würden sich keine Interviewpartner:innen finden lassen, die dazu bereit wären, mit einer fremden Person über ein Thema zu sprechen, das in westlichen Kontexten als so intim gilt.⁷ Diese anfängliche Befürchtung, die teilweise auch durch die Literatur zu qualitativer Forschung zu unerfülltem Kinderwunsch bestätigt wird (vgl. z.B. Moulet 2005), hat sich nicht bewahrheitet. Es stellte sich als unerwartet leicht heraus, Studienteilnehmende zu finden. Doch nicht nur die Rekrutierung von Forschungssubjekten erwies sich als weniger herausfordernd als gedacht. Auch in den Interviewsituationen waren meine Gesprächspartner:innen in der Regel rasch dazu bereit, sehr persönliche und intime Inhalte mit mir zu teilen – auch ohne dass vorgängig eine umfangreiche Beziehungsarbeit erforderlich gewesen wäre. Greil (1991: vgl. 63) sowie Imeson/McMurray (1996: vgl. 1016), die ein vergleichbares Forschungsinteresse hatten, berichten von ähnlichen Erfahrungen.

Mehrere, insbesondere psychologisch ausgerichtete Studien liefern eine mögliche Erklärung dafür: So konnte die qualitative Untersuchung von Bredal/Stefansen/Bjørnholt (2022) zeigen, dass vulnerable Personen Interviewsituationen gezielt nutzen – ihnen ist bewusst, dass die Teilnahme an einer Interviewstudie einen potenziell positiven Einfluss auf sie haben kann. Im besten Fall, so zeigen es auch die psychologischen Studien, können im Rahmen qualitativer Forschung durchgeführte Interviews eine therapeutische Wirkung auf vulnerable oder traumatisierte Personen haben, selbst dann, wenn das Gespräch sehr emotional verläuft. In den Studien von Hutchinson/Wilson/Wilson (1994) sowie Seedat et al. (2004: vgl. 262f.) konnte sogar gezeigt werden, dass die Gesprächssituation gerade von denjenigen Interviewteilnehmenden längerfristig als positiv und als Teil eines Verarbeitungsprozesses evaluiert wurde, die auf Trauer schliessende Emotionen wie etwa Weinen gezeigt haben. Zum Schluss, dass die Interviewsituation von den Forschungssubjekten selbst meist positiver wahrgenommen wird, als man das als Forschende intuitiv annehmen würde, kamen drei weitere Untersuchungen: die psychologische Studie von Gekoski/Gray/Adler (2012), in der Frauen interviewt wurden, die vor Kurzem eine:n nahe:n Angehörige:n verloren haben, die religionswissenschaftliche Arbeit von Barbara Zeugin (2020), die Interviews mit

7 Auch ausserhalb intimer Themen stellt Forschung gemäss Breidenstein et al. (2015) für Beforschte immer eine »Zumutung« dar. Sie müssen Zeit (und ggf. Raum) zur Verfügung stellen, Anwesenheit dulden und Fremden Vertrauen schenken, ohne eine klar fassbare Gegenleistung dafür erwarten zu können (vgl. 62f.).

Sterbenden führte, sowie die bereits erwähnte soziologische Studie von Julia Böcker (2022), die in ihrer Dissertation den Umgang Betroffener mit einer Fehl- oder Stillgeburt qualitativ erforschte. Böcker liefert dafür auch eine mögliche sozialwissenschaftliche Erklärung: Ein qualitatives Interview kann für Befragte eine privilegierte Gesprächssituation darstellen, der sie im Alltag kaum je begegnen. Eine neutrale Person (die Interviewerin) lässt ihr Gegenüber frei von sich und seinen Erfahrungen berichten, unterbricht und wertet nicht und vermittelt das Gefühl, dass das, was die Person sagt, von Relevanz ist und gesagt werden kann und soll. Personen, die von einem potenziell gesellschaftlich stigmatisierten Ereignis betroffen sind (wie eben eine Fehlgeburt oder ein unerfüllter Kinderwunsch), können von einer solchen Interviewsituation also in besonderem Masse profitieren (vgl. 100).

Damit wird deutlich, dass qualitative Forschung nie in einem luftleeren Raum stattfindet. Sie geschieht stets im Kontext gelebter Realität und ist damit auch Teil davon. Anders ausgedrückt: Sie ist performativ und kann eine bestimmte Wirkung auf die Gesprächsteilnehmenden haben.⁸ Diese Performativität ist, wie die bisherigen Ausführungen zu psychologischen Studien aufzeigen, nichts per se Schlechtes. Auch in religionswissenschaftlichen Publikationen wird dies thematisiert. Gritt Klinkhammer thematisiert in ihrem Essay ebenjene Performativität religionswissenschaftlicher Forschung: Die Art und Weise, wie Klinkhammer Fragen an ihre Forschungssubjekte trug, veranlasste diese zu einer Reflexion ihrer eigenen religiösen Praxis (vgl. Klinkhammer 2012: 149f.).

Vergleichbares konnte auch ich feststellen. So erklärte beispielsweise Julia auf meine abschliessende Frage, ob ihrer Meinung nach für den Moment alles gesagt sei, dass meine Fragen ihr zu einigen neuen Erkenntnissen über sich selbst verhelfen hätten und dass es daher sein könnte, dass ihr noch mehr einfallen würde, wenn ich weiter fragen würde. Bei Rahel war genau dieser Gedanke schon im Vorhinein sehr präsent. Auf meinem Informationsdokument für potenzielle Studienteilnehmende las sie von Psychotherapeut:innen, die auf das Thema unerfüllter Kinderwunsch spezialisiert sind. Dies veranlasste sie sowohl dazu, eine Gesprächstherapie anzufangen, als auch dazu, sich für ein Interview mit mir zur Verfügung zu stellen. Sie habe gemerkt, dass sie beim Sprechen über ihre momentane Situation viel über sich selbst lerne. Im Anschluss an beide Interviews bat sie mich daher um die Tonaufnahmen, um sich ihre spontan verbalisierten Gedanken nochmals in Ruhe anhören und darüber reflektieren zu können. Throsby/Gill (2004), die ebenfalls zu unerfülltem Kinderwunsch forschten, berichten, dass ein interviewter Mann während eines Paarinterviews seiner Frau gegenüber zum ersten Mal seine Gefühle offenbarte (vgl. 343). Die Teilnahme an einer qualitativen Studie kann in diesem Sinne als Teil des *Doing* unerfüllter Kinderwunsch verstanden werden.

Es ist indes nicht per se gegeben, dass sich die Interviewsituation positiv auf die Interviewten auswirkt. Es war mir entsprechend ein Anliegen, die Gesprächssituation für die Forschungssubjekte so zu gestalten, dass sie für sie möglichst angenehm und sicher

8 Ich beziehe mich hier auf sehr akute Rückwirkungseffekte, die eine Datenerhebungs-Situation für eine:n bestimmte:n Feldteilnehmende:n haben kann und nicht auf ein allgemeines Potenzial, dass wissenschaftliche Forschung politische Diskurse und gesellschaftliche Wirklichkeiten verändern und mitbestimmen kann (vgl. ausführlich dazu Klinkhammer 2012 und Neubert 2016).

ist im Hinblick auf die Vermeidung potenzieller Retraumatisierungen. Dies wird im Folgenden genauer ausgeführt.

4.2.2 Gesprächssituation

Eine angenehme Gesprächssituation zu kreieren bedeutete in diesem konkreten Fall insbesondere, die äusseren Umstände für die Interviewpartner:innen entsprechend ihrer Bedürfnisse zu gestalten. Dies geschah vor allem durch das Einräumen einer möglichst grossen Entscheidungsfreiheit und einer Flexibilität meinerseits. Das beinhaltete zunächst banal erscheinende Aspekte wie die Entscheidung darüber, an welchem Ort das Gespräch stattfinden sollte. Einige Interviews fanden in einer von mir angemieteten Räumlichkeit oder in meinem Büro statt, weil die Befragten einen »neutralen Ort« vorzogen. Überraschend viele präferierten jedoch ein Gespräch bei sich zu Hause, weil dies für sie aufgrund der Vertrautheit des Ortes (sowie aufgrund der Einfachheit) die beste Option darstellte. Greil (1991) bestätigt, dass das Zuhause der Interviewpartner:innen einen geeigneten Ort darstellt, um über emotionale und in hohem Masse persönliche Themen zu sprechen (vgl. 19). Vier Interviews wurden aufgrund grosser räumlicher Distanz online geführt. Das hat sich zwar als praktikabel erwiesen, gleichzeitig hatten es den Nachteil, dass die »Off-the-Record«-Situation wesentlich kürzer war. Das erschwerte es, eine angenehme Gesprächssituation zu etablieren. Keines der physisch vor Ort stattfindenden Interviews begann und endete mit dem Ein- bzw. Ausschalten des Audiogeräts. So zeigte ich den Interviewten beispielsweise mein Büro, wir tranken vorher oder nachher einen Kaffee oder assen zu Mittag, sie führten mich durch ihr Zuhause oder luden mich teilweise sogar bei sich zum Essen ein. Diese nebensächlich wirkenden Kleinigkeiten trugen zu einer vertrauensvolleren Atmosphäre bei. Aufgrund dieser Erfahrungen wurden die Gespräche, wann immer möglich, physisch durchgeführt.

Vor dem eigentlichen Interview wurde erläutert, dass sie ein Gespräch immer unter- oder abbrechen dürfen und jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt verlangen dürfen, dass ich ihre Daten lösche, sollten sie es sich anders überlegen (vgl. Gekoski/Gray/Adler 2012: 184–187). Zudem wurden sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt per Telefon oder Mail in einem Informationsdokument über die relevantesten Forschungsfragen aufgeklärt. Dieses Dokument wurde im Dialog mit dem genannten Ethikausschuss der Theologischen und Religionswissenschaftlichen Fakultät erstellt. Wie Throsby (2006: vgl. 80) habe auch ich darin Adressen von Psychotherapeut:innen aufgelistet, deren Kapazitäten ich im Voraus abgeklärt hatte. In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit benannt, dass durch das Erzählen gewisse negative Emotionen wie Wut und Trauer erneut durchlebt werden. Die Interviewten hatten nun nochmals die Möglichkeit, Fragen zur Studie oder zum Interviewverlauf zu stellen. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass sie im Voraus abschätzen konnten, was eine Teilnahme an der Studie bedeuten und beinhalten kann und dass sie »informiert« zustimmen konnten (s.u.). Whiteford/Gonzalez (1995), die vergleichbar vorgehen, formulierten es folgendermassen: »They all volunteered willingly, knowing that such intensive interviewing was bound to be painful and, for many, would reopen old wounds« (28).

Als relevant für die Gestaltung einer für die Interviewpartner:innen angenehmen Gesprächssituation erachtete ich auch mein äusseres Erscheinungsbild. Gegen Ende der

Datenerhebungsphase wurde ich selbst schwanger. Ich empfand es als wenig sensibel und vielleicht auch als unglaublich, mit einem sichtbaren Babybauch höchst emotionale Gespräche mit Wunscherlern über ihren unerfüllten Kinderwunsch zu führen. Als die Schwangerschaft sichtbar wurde, pausierte ich die Datenerhebung, die zu diesem Zeitpunkt sowieso beinahe abgeschlossen war.

Die Richtung und die Schwerpunkte des Gesprächs wurden durch die Interviewten selbst bestimmt. Das bedeutete für mich als Interviewerin fast immer, von den im Voraus festgelegten Fragen abzuweichen und sie dem anzupassen, was mein Gegenüber als wichtig erachtete (vgl. auch 5.2.2). Als besonders herausfordernd hat sich etwa herausgestellt, nach Erfahrungen mit reproduktiven Verlusten zu fragen. Hier offenbart sich ein forschungsethisches Dilemma: Einerseits ist gerade die Frage etwa nach einem rituellen Umgang mit einer Fehlgeburt religionswissenschaftlich hochinteressant (vgl. 10.2.3), andererseits kann das Sprechen über ein solches Erlebnis im gravierendsten Fall retraumatisierend wirken (vgl. Seedat et al. 2004: 263). Ein Umgang damit konnte durch die Konsultation linguistischer und sozialwissenschaftlicher Literatur zur Logik von Konversationen gefunden werden: Gespräche, auch Interviews, unterliegen gewissen Strukturen. Auch wenn diese implizit vorliegen, so sind sie Individuen als soziale Wesen bekannt – sie kennen die ungeschriebenen Regeln und halten sich unbewusst an sie. Diese »Regeln« werden etwa von Paul Grice (1975) »Konversationsmaxime der Relevanz« oder Fritz Schützes (1983) Konzept der »Zugzwänge des Erzählens« gefasst: Ist ein:e Gesprächspartner:in beispielsweise dazu aufgefordert, die eigene Kinderwunschgeschichte zu erzählen und erwähnt dabei auch Fehlgeburten, so kann ich als Zuhörer:in daraus zwei Schlussfolgerungen ziehen. Da *erstens* die sog. »Maxime der Relevanz« (Grice 1975) in Gesprächssituationen üblicherweise erfüllt wird, erachtet die sprechende Person die Fehlgeburt als bedeutsam für ihre Kinderwunschgeschichte, sonst hätte sie diese nicht erwähnt. Dadurch wird sie auch für mich als Interviewerin relevant. Die induktive Grundhaltung verlangt von mir, mein Gegenüber im immanenten Nachfrageteil des Interviews um Ausführungen zu von ihm angesprochenen Themen zu bitten, die nur angedeutet oder lückenhaft abgehandelt worden sind. Aus dieser Perspektive bin ich sogar verpflichtet, genauer nachzufragen. Dies dient auch dazu, in der Interviewsituation im »Diskussionsuniversum« meines Gegenübers zu bleiben. So führt auch Schütze aus: »das Ausweichen vor immanenten Fragen oder gar die Ablehnung dieser bedeutet, hinter das gemeinsam – und zudem gerade durch Leistung des Informanten erzeugte – Diskussionsuniversums zurückfallen zu wollen« (Schütze 1978: 38). *Zweitens* kann den Interviewten grundsätzlich das soziale Wissen zugesprochen werden, dass mit dem Erwähnen eines Ereignisses (hier: des reproduktiven Verlusts) die Möglichkeit einhergeht, dass nachgefragt wird – sie kennen um die »Zugzwänge des Erzählens« (Schütze 1983). Wer von einem Thema zu berichten beginnt, »verpflichtet« sich damit interaktionslogisch, die Erzählung zu diesem Thema plausibel zu vervollständigen. Daraus kann geschlossen werden, dass es für sie auch in Ordnung wäre, noch mehr darüber zu erzählen. Schütze (1978) zufolge verlieren Themen, die von der befragten Person angesprochen werden, sogar explizit ihren »Tabucharakter« (vgl. 35f.). So ergab sich für mich folgende Auflösung des Dilemmas: Wenn ein:e Interviewpartner:in erwähnte, dass sie:er von reproduktiven Verlusten betroffen war (sei dies im Narrationsteil oder im Rahmen des Vorgesprächs zum Interview), habe ich im Anschluss daran immer genauer nachgefragt. Umgekehrt

wurde das Thema nie von mir aus proaktiv angesprochen, denn entweder erachtet die Person das Erlebte nicht als relevant oder sie möchte schlicht nicht darüber sprechen.

4.2.3 Informed Consent

Die Interviewten nannten verschiedene Beweggründe für die Teilnahme an der Studie (s.o.). Die meisten davon sind aus ethischer Sicht unbedenklich, wobei eine Ausnahme besteht: Einige der von mir interviewten Personen vertraten pointierte Meinungen oder sind für ihr Anliegen sozial engagiert. Tessa beispielsweise verfolgte sowohl ökonomische als auch feministische Interessen mit ihrer Studienteilnahme. Erstens ging sie davon aus, dass ihr Unternehmen mehr Sichtbarkeit erfahren würde; zweitens erhoffte sie sich mit der Zurverfügungstellung ihrer Sichtweise die Wichtigkeit von reproduktiver Autonomie, insbesondere von Frauen und gleichgeschlechtlichen Paaren, ins gesellschaftliche Bewusstsein rücken zu können. Helena ging davon aus, durch eine Studienteilnahme zu einem vertieften Bewusstsein dafür beitragen zu können, wie problematisch die Reproduktionsmedizin sei – beispielsweise deswegen, weil ihrer Meinung nach die »Seelen« in IVF-gezeugten Körpern eigentlich nie geboren hätten werden wollen. Martina fragte ganz explizit danach, wie ich gedenke, mit den generierten Erkenntnissen betroffenen Frauen zu *helfen*. Einige stellten sich u.a. deswegen für ein Interview zur Verfügung, weil sie der Forschungsarbeit das Potenzial zuschrieben, der von ihr wahrgenommenen gesellschaftlichen Tabuisierung des Themas entgegenzuwirken. Unrecht hatten alle diese Personen nicht: Ein wissenschaftliches Forschungsprojekt *kann* einer Tabuisierung entgegenwirken und zumindest in akademischen Kreisen mehr Aufmerksamkeit für ein Thema generieren, was schlussendlich zu einer Verbesserung der Situation Betroffener führen kann. Es *gibt* Personen und Perspektiven eine Stimme, die ansonsten womöglich ungehört blieben. Richtig ist auch, dass verschiedene Perspektiven auf das Thema unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin eingeholt wurden und dass diese Perspektiven die Ergebnisse in diesem Buch prägten. Allerdings verfolgte ich zu keinem Zeitpunkt eine aufklärerische oder politische Agenda. Die erhobenen Daten wurden ausschliesslich als Primärquelle verwendet. Sie sind damit *Objekte* der Analyse, sprechen nie von sich aus und erhalten stets nur durch die Linse meines Forschungsinteressens eine Stimme. Weder dieses Buch noch ich treten in der Rolle als Fürsprecherin von Wunscheltern auf. Im vom Ethikrat abgestützten Informationsblatt zur Studie wurde genau darüber informiert und vor sämtlichen Interviews wurden die aktuellen Erkenntnisinteressen erläutert. Alle Interviewten unterschrieben ein Informed-Consent-Formular und bestätigten damit, dass sie sich »aufgeklärt« genug fühlten, um an der Studie teilzunehmen. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass in manchen Fällen eine – wenn nicht falsche, dann doch nur sehr indirekt zutreffende – Annahme eine Hauptmotivation für die Studienteilnahme war.

Die geschilderte Problematik ist auch in der sozialwissenschaftlichen Literatur präsent. Damir-Geilsdorf/Menzfeld (2020) beschreiben in ihrer methodologischen Reflexion über ethnographische Zugänge zu Salafis in Europa eine vergleichbare Erfahrung. Auch sie beschrieben die Schwierigkeit, bei einer Forschung mit vulnerablen Personen eine Balance zu finden zwischen den eigenen Forschungsinteressen und den Wünschen der Beforschten: »[Interlocutors] may even feel betrayed when their perspectives are coll-

ected but not adopted by a researcher« (ebd.: 145). Auch hier stellt sich die Frage: Hätten die befragten Salafis auch dann einer Teilnahme zugestimmt, wenn ihnen klar gewesen wäre, dass ihre Perspektive von den Forschenden nicht übernommen und entsprechend abgebildet wird? Wie stark können Forschende dafür in die Pflicht genommen werden, wenn Beforschte ein inadäquates Bild von wissenschaftlicher Datenanalyse haben? Oder genereller: Wie kann und soll damit umgegangen werden, dass die allermeisten Feldteilnehmenden selbst nicht vertraut sind mit sozialwissenschaftlicher Forschung und sich daher zum Zeitpunkt der Datenerhebung gar nicht vorstellen können, wie die erhobenen Daten als Arbeitsmaterial der forschenden Person zum Einsatz kommen? Wie kann *tatsächliche* Freiwilligkeit garantiert werden? Zu Fragen wie diesen gibt es keinen wissenschaftlichen Konsens, weswegen sie stets neu verhandelt werden müssen. Eine Antwort darauf wäre, dass man als Forschende:r nie mit hundertprozentiger Garantie wissen kann, ob sich das Gegenüber vollständig darüber im Klaren ist, wie seine Daten zum Schlussresultat einer Arbeit beitragen. Es wäre aber kontraproduktiv, Feldteilnehmende als hilfsbedürftige Objekte zu fassen, denen man ganz grundsätzlich Unwissenheit und daher Selbstbestimmung oder Entscheidungsfähigkeit abspricht. Genau darauf bezieht sich eine sehr prägnante Kritik am Konzept des Informed Consent von Kirsten Bell (2014). Sie argumentiert, dass dieses nicht wie erhofft zur Aufhebung der überholten – und ethisch fragwürdigen – Hierarchien zwischen Forschenden und Beforschten beiträgt, sondern im Gegenteil zu deren Reifizierung. Bell weist in ihrer Kritik auf die Metaphorik und Rhetorik von Ethikdebatten um den Informed Consent hin und identifiziert darin Narrative, die an Vergewaltigungsdiskurse erinnern (»no means no!« oder »does yes mean yes?«). Beforschte versinnbildlichen in dieser Metapher vergewaltigte, schutzbedürftige Frauen ohne Agency, während die forschende Person – getrieben von einer Lust (nach wissenschaftlichen Erkenntnissen) – Gewalt ausübt und ohne die Schranken eines Informed-Consent-Formulars unfähig ist, zu erkennen, wann sie zu weit geht (vgl. Bell 2014).⁹ Bells Fundamentalkritik mag absolut und der Vergleiche mit einer Vergewaltigung gar drastisch erscheinen und entspricht vermutlich auch nicht der Mehrheitsmeinung. Dennoch gibt sie einen wichtigen Denkanstoß. Vielleicht wäre es sinnvoll, das Bild von Beforschten einerseits und Forschenden andererseits grundsätzlich anders zu denken – Feldteilnehmende als Individuen, die ihre Bedürfnisse durchaus kommunizieren können und ausgebildete Sozialwissenschaftler:innen als Personen, die in der Regel keine unlauteren Absichten haben, die empathisch genug sind, zu erkennen, wann Handeln unethisch oder problematisch wäre und die durch ihre wissenschaftliche Kompetenz über eine themenspezifische Expertise verfügen, die auch Umgangsformen mit ethischen Implikationen miteinschließt.

9 Bell kritisiert aber nicht nur die Umsetzung des Informed Consents, sondern auch das Konzept an sich: Dieser sei mit der Grundidee induktiver qualitativer Forschung nicht vereinbar. Forschende wissen in der Regel während des Datenerhebungsprozesses noch nicht genau, wie die Fragestellung lauten wird, und manchmal werden Forschungen aufgrund der Daten komplett neu konzipiert. Kurz: Forschende können die benötigten Informationen gar nicht liefern, sodass die Zustimmung von Beforschten nie »informiert« sein kann. Mit dem Unterschreiben des Zustimmungsf formulars würden sie die Kontrolle über ihre Daten auf illegitime Art und Weise verlieren (vgl. dazu ausführlich Bell 2014; vgl. weiterführend zur Kritik am Konzept Hugman/Pittaway/Bartolomei 2011 und Seedat et al. 2004).

4.3 Forschende Person: Positionalität

Wie lässt sich meine eigene Rolle als Forscherin fassen? Inwiefern ist es relevant, dass gerade ich und nicht jemand anderes diese Daten erhoben und ausgewertet habe? Ruth Behar war eine der ersten Anthropologinnen, welche die Rolle der forschenden Person als Teil des Forschungsprozesses explizit machte (vgl. Behar 1996). Sie problematisierte die Idealisierung der Rolle einer distanzierten und passiven Ethnolog:in, plädierte für einen »personal turn« und dafür, die (potenzielle) Vulnerabilität der Forscherin als Quelle der Erkenntnis zu betrachten. Wenige Jahre später argumentierte die Psychologin Rebecca Campbell (2002), die mit und zu Opfern von Vergewaltigung forschte, auf einer ähnlichen Ebene. Es sei für Forschende weder möglich noch erstrebenswert, emotionale Involviertheit zu unterdrücken, denn diese können zum Erkenntnisgewinn beitragen. Die Annahme, die emotionale Involviertheit der forschenden Person könnte als Quelle der Erkenntnis genutzt werden, wird hier nicht übernommen, weil es einer religionswissenschaftlichen Trennung von Innen- und Aussenperspektive widerspricht und die Gefahr der Normativität mit sich bringen würde (vgl. Mostowlansky/Rota 2016). Etabliert hat sich jedoch auch in der sozialwissenschaftlichen Religionswissenschaft die Annahme, dass die Sozialisation, das Geschlecht, das Alter sowie der eigene Bezug zum Thema sehr wohl einen Einfluss auf die Forschung haben und es auch haben *sollten* (vgl. z.B. Gilliat-Ray et al. 2022: 92). Es ist gemeinhin Konsens, dass die forschende Person selbst als Bestandteil der Forschung nicht ausgeklammert, sondern reflektiert werden soll.

Zur Zeit der Datenerhebung konnten mir die Merkmale »kinderlos«, »weiblich« und, wie es umgangssprachlich heisst, »im gebärfähigen Alter« attribuiert werden. Es finden sich Hinweise darauf, dass diese Attribute einen positiven Einfluss auf den Zugang zu meinem Feld sowie die Interviews hatten.¹⁰ Insbesondere im alternativ-religiösen Kontext, in dem das Frausein sowie der weibliche Zyklus im Fokus stehen, wäre es teilweise schwer vorstellbar, dass männlich gelesene Personen gleichermassen Zugang erhalten hätten. So war es für mich beispielsweise möglich, bei der teilnehmenden Beobachtung im Fertility-Yoga auch tatsächlich »teilzunehmen«. Ich konnte der Aufforderung nachkommen, über meinen gegenwärtigen »Zyklustag« und die damit assoziierten Emotionen zu berichten. Ausserdem werden Frauen, insbesondere jüngere, im Feld grundsätzlich als »harmloser« wahrgenommen – ein Geschlechterstereotyp, das sich Forscherinnen gemäss Breidenstein et al. (2015: 64–66) durchaus zunutze machen können. Ich teilte zu diesem Zeitpunkt das Merkmal »kinderlos« mit vielen meiner Interviewpartner:innen, was zwei weitere Vorteile hatte. Erstens wurde mir möglicherweise mehr Empathiefähigkeit für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch attestiert, was den Zugang weiter erleichterte.¹¹ Zweitens erlaubte es, unliebsame Hierarchien zwischen »der Wissenschaftlerin« und »dem Forschungssubjekt« zu durchbrechen.

10 Vgl. zum Einfluss der sog. »askriptiven Merkmale« auf den Feldzugang Breidenstein et al. 2015: 64 sowie Spradley 1979: 45).

11 So berichteten mehrere der Interviewten, dass die empathielosesten und teilweise auch verletzenden Kommentare von Seiten von Müttern und Vätern kamen, die – in ihrer eigenen Wahrnehmung – ihre Fruchtbarkeit und Gebärfähigkeit offensichtlich erfolgreich unter Beweis gestellt haben und nun genau »wissen«, wie man ein Kind bekommt. Ein wiederkehrendes Narrativ dabei war, dass sich das Paar doch lediglich mal »entspannen« und »nicht mehr dran denken« sollte – ein

Interviewte sind im Rahmen eines qualitativen Interviews *immer* Expert:in für die eigenen Lebensumstände. Da die Interviewten in diesem Fall in mir eine potenzielle zukünftige Leidensgenossin sahen, war es für sie womöglich leichter, sich in der Rolle als Expertin zurechtzufinden. Nachdem das Audiogerät ausgeschaltet war, wurde ich von einigen der Interviewten nach meinem eigenen Kinderwunsch befragt. Einige rieten mir entsprechend ihren Erfahrungen, nicht mehr allzu lange mit der Familienplanung zu warten und eine Frau riet mir dazu, meine Eizellen einfrieren zu lassen.

Die Ausführungen zeigen, dass es im Rahmen der Datenerhebung und -auswertung kaum möglich gewesen wäre, mich selbst *nicht* als Bestandteil des Datenerhebungsprozesses zu betrachten. Dabei ist mir bewusst, dass auch *ich selbst* diesen mitkonstruiert habe, indem ich meinen Interviewpartner:innen zuschrieb, dass sie mich auf eine bestimmte Art und Weise betrachtet haben. Beispielsweise hatte meine Vermutung, dass die Interviewten mir gegenüber positiv eingestellt sind, womöglich einen enthemmenden Einfluss auf mich und meine Interviewführung. Es hätte wahrscheinlich auch einen Einfluss auf die Daten gehabt, hätte ich den befragten Wunscheltern nicht »unterstellt«, dass meine sichtbare Schwangerschaft sie im Gespräch irritieren könnte (s.o.). In diesem Fall hätte ich auch dann noch weitere Interviews geführt.

Der Einfluss meiner Person und die mir durch das Feld attribuierten Eigenschaften auf den Feldzugang, die Forschungssubjekte und ihre Ausführungen in den Interviews war kein unidirektionaler. Das Feld übte stellenweise auch Einfluss auch mich aus, und zwar auf einer emotionalen Ebene. Zwar war die Gefahr des »going native« (vgl. z.B. Hamann/Kißling 2017: 149f.) gering, weil eine Betroffenheit von einem unerfüllten Kinderwunsch nichts ist, für das man sich entscheidet. Trotzdem stellte sich bei mir spätestens nach dem dritten und sehr emotionalen Gespräch mit Fiona eine gesteigerte Empathie für Wunscheltern ein. Dies hatte stellenweise einen Einfluss auf mein eigenes psychisches Wohlbefinden. Beispielsweise liessen mich meine Interviewpartner:innen an solch intimen Bereichen ihres Lebens teilhaben, dass es das subjektive Gefühl in mir auslöste, mehr von ihnen »genommen« zu haben, als man »zurückgeben« könnte. Greil (1991) beschrieb Ähnliches, er sprach von einer »debt« seinen Interviewpartner:innen gegenüber (25). Die teilweise sehr intensiven Geschichten zu hören, das Weinen in den Gesprächen auszuhalten und mich selbst wenn zwar nicht als Verursacherin, wohl aber als Auslöserin für das Hervorrufen solcher Emotionen zu akzeptieren, erforderte ein gewisses »wissenschaftliches Emotionsmanagement« (Böcker 2022: 98), auch ausserhalb der Interviewsituationen. Dass sich Forschende schuldig und verantwortlich dafür fühlen, negative Gefühle beim Gegenüber auszulösen, wurde beispielsweise im Artikel von Dempsey et al. (2016) im Kontext der Pflege- und Gesundheitswissenschaften als typische Reaktion von Forschenden identifiziert. Auch das psychologische Autor:innenteam Seedat et al. (2004) betont diesen Aspekt:

Researchers involved in trauma-focused work should be carefully selected and receive sufficient training and ongoing supervision and support. The most common risk to researchers is the emotional toll of listening to trauma stories [...] Training of researchers

Tipp, der von allen Interviewten als besonders lästig beschrieben wurde (vgl. die Ausführungen im 12. Kapitel).

should include the opportunity to discuss personal experiences, ventilate, and if necessary, receive supportive therapy (266).

Auf Universitätsebene habe ich mit Peers einen Antrag für die Finanzierung einer Supervision eingereicht. Dieser wurde mit dem Verweis auf mangelnde Kapazitäten abgelehnt. Um einen professionellen Umgang mit meiner eigenen emotionalen Betroffenheit zu gewährleisten, organisierte ich selbst einen Workshop zu diesem Thema und betrieb formellen wie auch informellen Austausch mit Peers sowie mit qualitativ Forschenden, die Erfahrung mit Forschung mit vulnerablen Personen vorweisen konnten. So konnte die erforderliche emotionale Distanz zur Forschung und zum Feld immer wieder aufs Neue gewährleistet werden.

Dem Anliegen, auch die forschende Person und möglicherweise deren psychisches Wohlbefinden in den Fokus zu nehmen, scheint in den Sozialwissenschaften allgemein noch eher wenig Rechnung getragen zu werden. Dafür ist der abgelehnte Antrag ein Indiz. Die Literatur verweist darauf, dass das Thema im Rahmen qualitativer Datenerhebung eher von gesundheitsbezogenen Wissenschaften (vgl. z.B. Dickson-Swift 2022) bearbeitet wird, während die Sozialwissenschaften ihren Fokus stärker auf das Wohlbefinden der Feldteilnehmenden legen. Der Text von Kurth/Lehmann (2011), der das Führen von Interviews als religionswissenschaftliche Methode vorstellt, stellt dafür ein Beispiel dar. So problematisieren die Autoren es, wenn die interviewte Person in der Interviewsituation »drastische Erfahrungen wie z.B. den Zusammenbruch von Beziehungen und Berufslaufbahnen, schwere Krankheiten und psychische Probleme, physische Gewalt und sexuelle Übergriffe« (154) schildert. Die Problematisierung bezieht sich jedoch exklusiv auf die interviewte Person (»Erscheint der Interviewte hierfür psychisch stabil genug?«, 157), und nicht darauf, was das Erleben einer solchen Gesprächssituation für die:den Interviewer:in bedeuten könnte. Der Fokus auf die Feldsubjekte ist sinnvoll und berechtigt, doch offenbart sich hier gleichzeitig nach wie vor eine Lücke im sozialwissenschaftlichen Diskurs. Ein gelingendes wissenschaftliches Emotionsmanagement und eine professionelle Aufarbeitung der Rolle der forschenden Person, so die These, kommt auch der Qualität der Datenerhebung und -auswertung zugute.

5. Methode

Methodisch gesprochen handelt es sich bei dieser Forschung um eine sozialwissenschaftliche Ethnographie. Im Gegensatz zur »klassischen« Ethnographie wird demzufolge nicht in einem Kontext geforscht, der mir als Forscherin vollkommen unbekannt ist. In den Blickwinkel geraten vielmehr »die Kulturen der eigenen Gesellschaft« (Lüders 1994: 390). Zum Feld der Wunscheltern hatte ich als Forscherin zwar vor der Datenerhebung keinen Zugang, weswegen es mir in diesem Sinne »fremd« war, doch bin ich grundsätzlich in derselben Gesellschaft sozialisiert worden wie sie. Beispielsweise lebe ich genauso wie meine Interviewpartner:innen in einer Umwelt, welche die Familiengründung als Ideal vorsieht, in dem viele Bereiche des Lebens (zunehmend) medikalisiert sind und das ein Sozialversicherungssystem wie die Krankenkassen kennt.¹

Spezifischer lässt sich von einer »fokussierten Ethnographie« sprechen, die vom Religionssoziologen Hubert Knoblauch (2001) geprägt wurde und die sich in der sozialwissenschaftlichen Religionswissenschaft etabliert hat. Die fokussierte Ethnographie unterscheidet sich darin von »klassischen« Ethnographien, dass ein besonderer Ausschnitt aus der (eigenen) Kultur fokussiert wird, statt längere Zeit am Stück im Feld anwesend zu sein und dieses umfassend zu beforschen (vgl. Kannengießer 2019: 2). Dies trifft hier zu, denn ich interessierte mich für einen sehr spezifischen Ausschnitt der Biographie von Menschen – für ihre Kinderwunschzeit. Interviews stellen dazu die wichtigste Form der Daten dar, die punktuell durch teilnehmende Beobachtung ergänzt werden.

Im Folgenden sollen zunächst das Forschungsinteresse, die Forschungsfrage und die Forschungsgegenstände näher charakterisiert werden, ehe das methodische Vorgehen genauer begründet wird.

1 Vgl. zum Ideal der Familiengründung Kapitel 12, zur Medikalisierung der Fortpflanzung Kapitel 6 und zu sozialversicherungsrechtlichen Aspekten Kapitel 3.2.

5.1 Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Forschungsgegenstände

Sozialwissenschaftliche Projekte umfassen ein Forschungsinteresse, eine oder mehrere Forschungsfragen sowie Forschungsgegenstände (vgl. Helfferich 2011). Diese sollen im Folgenden genauer ausgeführt werden, um den methodischen Kontext sowie den Zugang zum untersuchten Thema explizit zu machen.

In den Blick genommen werden Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch, deren Deutungen der Situation sowie die Rolle von Religion an verschiedenen Stellen des Prozesses. Dieser Fokus bildet das *Forschungsinteresse* ab. Da dieses typischerweise bewusst vage und allgemein gehalten ist, hat es sich im Verlauf des Forschungsprozesses nicht verändert. Es ist anwendbar auf diverse *Forschungsfragen*, die spezifischer sind. Diese haben sich, entsprechend einem induktiven Vorgehen, erst mit fortschreitender Datenerhebung nach und nach herauskristallisiert. Die leitende Hauptfragestellung lautet:

In welchen sozialen Momenten betreiben Wunscheltern aktive Bedeutungszuschreibungen zu ihrer Situation – wann und wie kommt es also zum »Doing unerfüllter Kinderwunsch«?

Aus dieser Frage sowie aus der Empirie leiteten sich mit der Zeit der Datenerhebung weitere relevante Sub-Forschungsfragen ab:

- Wann schreiben sich Wunscheltern Handlungs- und Deutungsmacht über die Situation zu?
- Welche dominanten Diskurse, Wertvorstellungen und Autoritätspersonen sind in den Daten präsent und treten als wichtige Bezugspunkte für die Entscheidungen der Wunscheltern in Erscheinung?
- Inwiefern schreiben Wunscheltern Religion, religiösen Deutungen sowie (religiösen) Gemeinschaften den Status einer »Ressource« zu?
- In welchen Momenten betrachten sie einen Transzendenzbezug (»Gott«, »Natur«, »das Universum«, ...) retrospektiv als relevant und als handlungsleitend in Entscheidungsfindungsprozessen?
- Wann werden reproduktionsmedizinische Verfahren – insbesondere die künstliche Befruchtung – religiös gefasst?
- Wie lässt sich Gender als relevante Kategorie in den Daten erkennen?

Aus diesen Fragen leiten sich auch die *Forschungsgegenstände* ab. Ein Forschungsgegenstand bezeichnet das, was aus dem erhobenen Material erschlossen werden kann; das, nach dem die forschende Person dieses »scannt« und wonach sie sucht (vgl. Helfferich 2011: 27–31). Es sind dies im vorliegenden Fall insbesondere subjektiver Sinn, zugeschriebene Coping-Strategien, Normen- und Wertvorstellungen, subjektive Körperkonzepte, Transzendenzvorstellungen sowie Rekonstruktionen von Biographien. Es ist wichtig, diese Forschungsgegenstände als solche zu benennen, denn sie müssen erstens zum fachlichen Anspruch der Forschung und zweitens zur Art der Daten und der Datenerhebung passen. Erstens müsste ein Forschungsgegenstand wie etwa »Ressource« vor dem Hintergrund einer religionswissenschaftlichen Auseinandersetzung

kritisch betrachtet werden. Zu beurteilen, was im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches eine Ressource *ist* und was nicht, ist potenziell normativ und nicht Aufgabe eines:iner Religionswissenschaftlers:in. Solche Fragen werden eher von psychologischen Arbeiten denn von sozialwissenschaftlichen bearbeitet. Sinnvoll ist es in diesen Fällen, den Fokus auf die Perspektive der interviewten Person semantisch zu markieren. So hat sich »*zugeschriebene* Coping-Strategie« etwa als relevanter Forschungsgegenstand erwiesen. Interviewdaten können, zweitens, Forschenden darüber Aufschluss geben, wie die sprechenden Personen dem Erlebten Bedeutung verleihen, wie sie Entscheidungen im Nachhinein begründen und welche Normvorstellungen sie als grundlegend erachten. Was Interviews hingegen nicht leisten können, ist zu ergründen, was beispielsweise im Moment der Entscheidung *tatsächlich* ausschlaggebend wirkte, welche Normvorstellungen *wirklich* leitend waren in ihren Handlungen, wie die Lebenssituation im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches *in der Tat* aussieht. Entsprechend sind etwa »Entscheidungen«, »Handlungen« oder »Lebenssituation« hier auch keine Forschungsgegenstände. Wäre teilnehmende Beobachtung die primäre Form der Datenerhebung gewesen, wären diese Forschungsgegenstände eher plausibel gewesen. Hätte ich beispielsweise Wunschelternpaare über mehrere Wochen begleitet, hätte ich aus den Daten Aspekte wie »Alltag (von Wunscheltern)«, »Entscheidungs Momente« oder »Lebenssituation« herauslesen können. Diese Gegenstände sind nur erfahrbar, wenn die forschende Person über längere Zeit im Feld anwesend ist. In Interviews lässt sich immer »nur« die jeweilige Rekonstruktion dieser Momente erfahren, denn »biographies are very subject to retrospective construction« (Goffman 1986: 62). Die Forschungsliteratur sowie die generierten Daten geben Hinweise darauf, dass diese reflexive Aufarbeitung und Bearbeitung der eigenen Biographie oder von spezifischen Lebensabschnitten bei religiösen Individuen besonders ausgeprägt ist: »Angehörige bestimmter religiöser oder spiritueller Richtungen [deuten und]arbeiten[] ihre Biographie in einem religiösen Sinnhorizont auf« (Kurth/Lehmann 2011: 144).

Die Ausführungen der Wunschelterne können also nicht als ein unmittelbarer Zugang zu ihrer Erfahrung (vgl. Franklin 2002: 389) und schon gar nicht als adäquates Abbild der »Realität« verstanden werden. Interviews werden aufgrund dessen jedoch nicht als defizitärer Datentyp betrachtet – im Gegenteil. Für genau diese Rekonstruktionen der Wunschelterne, also deren Innenperspektiven, die sprachliche Aufarbeitung von Erlebtem, interessierte ich mich primär. Diese Aspekte können *nur* durch qualitative Interviews geleistet werden. Luckmann (1991) beschreibt diesen Sachverhalt etwas ausführlicher:

Die subjektive Erfahrung ist, für sich betrachtet, auf die schlichte Gegenwart beschränkt und bar jeden Sinns. Sinn ist nicht eine subjektiven Vorgängen innewohnende Eigenschaft, sondern wird erst *in deutenden Akten konstruiert*. Dabei wird ein subjektiver Vorgang rückblickend erfasst und in Deutungsschemata eingeordnet (Luckmann 1991: 81, Herv. L.B.).

Genau das, was Luckmann als »deutende Akte« und »Deutungsschemata« benannte, stellt das primäre Interesse dieses Buches dar, an dem sich sämtliches methodisches Vorgehen orientiert.

5.2 Methodisches Vorgehen

5.2.1 Theoretische Grundannahmen

Das hier angewandte methodische Vorgehen orientiert sich an den Grundsatzüberlegungen der Grounded Theory (im Folgenden: GT). Der Vorteil der GT besteht darin, dass sie nicht an einen spezifischen Datentyp gebunden ist, was deren breite Anwendung in diversen Disziplinen beweist (vgl. Strübing 2018: 29). Bei der GT handelt es sich streng genommen nicht um eine einheitliche oder klar definierte Methode, sondern um einen Forschungsstil (vgl. ebd.: 28). Die Referenz auf sie reicht folglich nicht aus, um eine Methodologie zu begründen. Besonders für spezifischere Arbeitsschritte wie das Herstellen von Feldkontakten oder die Durchführung von Interviews musste auf spezifizierende Methoden zurückgegriffen werden (s.u.). Dennoch liefert die GT ein Set an forschungspraktischen Grundlagen, an denen man sich als forschende Person orientieren kann. Dies trifft insbesondere auf die Weiterentwicklung von Strauss (1991) sowie Strauss/Corbin (1996) zu, die das eher skizzenartig angelegte Erstwerk von Glaser/Strauss (1967) präzisierten und daher als Methodenlehrbücher verstanden werden können.² Strauss' Ausformulierung zu den Arbeitsprinzipien »seiner« GT haben sich als nützliche Orientierungspunkte erwiesen, was zum einen die allgemeine Haltung und Arbeitsweise betrifft, zum anderen die Analyse (s.u.).

So beschreibt Strauss zunächst eine »Parallelisierung der Arbeitsschritte und die Sequenzierung des Samplings« (Strübing 2018: 37). Die Arbeitsmodi der Datengewinnung, Datenanalyse und Theoriebildung geschehen nicht nacheinander, sondern gleichzeitig und beeinflussen sich gegenseitig. Eine Analyse kann dann immer einen Einfluss auf den Prozess der Datengewinnung oder auf die Auswahl weiterer Fälle haben (vgl. ebd.). Dies hat sich auch bewährt. So zeigte sich bei der Analyse der ersten Interviews beispielsweise die Relevanz alternativmedizinischer Heilverfahren oder »ganzheitliche« Deutungen von Unfruchtbarkeit. Daraufhin entschied ich, Heilpraktikerinnen und alternative Expert:innen mit einer gewissen Reichweite (beispielsweise auf Social Media) und einem Fokus auf das Thema Kinderwunsch ins Sampling mit aufzunehmen, um diesen Aspekt zu vertiefen. Ich führte Interviews mit ihnen und/oder untersuchte deren Beiträge auf diversen Plattformen. Ein anderes Beispiel ist die Erzählaufforderung (s.u.), die sich mit der Zeit gewandelt hat. Die Analyse ergab rasch, dass nicht alle Befragten den Beginn ihrer »Kinderwunschgeschichte« gleich ansetzten. Zu Beginn ging ich fälschlicherweise davon aus, dass diese stets mit einem bewussten Moment startet, nämlich mit der Bewusstwerdung dessen, dass die Befragten einen Kinderwunsch haben. Die initiale Erzählaufforderung lautete entsprechend »Erzähl mir mal, wie und wann du gemerkt hast,

2 Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelten zwanzig Jahre nach der Publikation ihres Erstwerkes »The Discovery of Grounded Theory« (1967) unterschiedliche Vorstellungen dessen, was GT ist bzw. sein sollte. Strauss kritisierte Glasers Beharren auf der »Vorwissens-Abstinenz« sowie seine Überzeugung, dass die Theorie den Daten »emergent« ist. Glaser wiederum warf Strauss vor, die GT in eine deduktivere Richtung zu drängen und dabei deren Flexibilität einzuschränken, indem er versuche, diese als strukturiertere Methode darzustellen (vgl. dazu ausführlicher Strübing 2007).

dass du gerne Kinder haben möchtest«. Mit einer angepassten Erzählaufforderung revidierte ich die falsche Annahme: »Erzähl mir doch mal deine Kinderwunschgeschichte«.³

Aufgrund der Parallelität der Arbeitsmodi kann jeder Fall (jedes Interview) die Grundlage für theoretische Aussagen sein, auch der erste. Ein zweites Arbeitsprinzip nach Strauss (1991) besteht daher darin, dass der erste zu analysierende Fall mit Bedacht auszuwählen ist, weil er einen potenziell grossen Einfluss auf den gesamten Theoriebildungsprozess haben kann. Dieser Anspruch ist nur schwer umsetzbar, weil im Voraus kaum erahnt werden kann, welche Fälle (welche Interviewpartner:innen) von besonderer Wichtigkeit sind (vgl. Strübing 2018: 37f.). Trotzdem hat es sich im vorliegenden Fall als wahr erwiesen, dass der erste Fall das weitere Vorgehen sowie die ersten theoretischen Grundannahmen massgeblich beeinflusst hat. In das erste Interview mit Lea startete ich mit einer gewissen Naivität – positiv ausgedrückt: mit einer induktiven Grundhaltung und entsprechend grösstmöglichen Offenheit einem Thema gegenüber, mit dem ich bisher sowohl fachlich wie auch privat kaum Berührungspunkte hatte. Leas Ausführungen stellten für mich auf einer inhaltlichen Ebene bereits eine erste Andeutung dessen dar, dass ein unerfüllter Kinderwunsch eine alle Lebenslagen durchdringende Angelegenheit ist, die eine permanente und nicht bloss eine situative Auseinandersetzung mit sich selbst, der eigenen Biographie, Identität und Lebensplanung erfordert. Im ersten Vorgespräch mit ihr – meinem ersten bewussten Kontakt mit einer Wunschmutter – wurde mir auch die forschungsethische Relevanz meines Vorhabens klar. So »warnte« mich Lea am Telefon vor, dass sie während des Interviews möglicherweise weinen müsse, denn ihr gehe es aktuell nicht besonders gut – zwei Tage zuvor hatte sie ihre zweite Fehlgeburt durchlebt. Hier wurde mir klar, dass Wunscheltern potenziell vulnerabel sind und dass eine Forschung mit und zu ihnen auch eine Auseinandersetzung mit meiner eigenen Rolle als Wissenschaftlerin und Privatperson bedeutet (vgl. Kapitel 4).

5.2.2 Datentypen

Für die methodische Grundhaltung wichtig war auch der Grundsatz »all is data«, welcher im Ursprungswerk von Glaser/Strauss (1967) vorgestellt wird. Das bedeutet im vorliegenden Fall, dass die Interviews bzw. deren Transkripte sowie die Feldnotizen die wichtigste Datengrundlage darstellen, dass jedoch weitere, weniger strukturiert gesammelte Materialien den Status »Daten« erhielten (z.B. Beiträge in den Medien, Social Media Posts, aber stellenweise auch im Alltag stattfindende Gespräche mit Lai:innen über das Forschungsthema). Das »all is data«-Diktum ist in der qualitativen Forschungsliteratur nach wie vor präsent (vgl. z.B. Ralph/Birks/Chapman 2014). Gleichzeitig wird es in den Wiedergaben der GT weniger spezifisch erwähnt, v.a. dann, wenn der Bezugspunkt Strauss bzw. Strauss/Corbin ist. Diese schlagen eine stärkere Strukturiertheit hinsichtlich der Datenerhebung (und damit implizit auch der Art und des Umfangs der Daten) vor, welche – je nach Auslegung – in Konflikt mit einem umfassenden »all is data«-Ansatz stehen

3 Diese Aufforderung hat im Vergleich zur ersten den zusätzlichen Vorteil, dass sie das viel grössere Potenzial für eine ausführliche »Stehgreiferzählung« (Schütze 1983: 285) hat.

könnte. Im vorliegenden Fall hat es sich bewährt, andere Datentypen *ergänzend* miteinzubeziehen, wo es als sinnvoll erachtet wurde. Sie haben demzufolge nicht denselben Stellenwert erhalten wie die Interviews und die Feldnotizen, weder inhaltlich noch hinsichtlich des Umfangs. Wenn sich etwa Social-Media-Inhalte als besonders interessant erwiesen haben, habe ich die Betreibenden der Seite für ein Interview angefragt. Durch dieses Vorgehen gelang es, den Inhalten einen prioritären Stellenwert einzuräumen.

Die Ausführungen sowie das letztgenannte Fallbeispiel im Besonderen verdeutlichen, wie stark die Daten auf verschiedenen Ebenen sozial konstruiert sind. Zum einen werden sie erst durch mich in der Interviewsituation überhaupt erzeugt. Hinzu kommt, dass durch den »all is data«-Ansatz meine persönliche Erfahrungswelt zur Zusammensetzung der Daten beiträgt. Die Forschungsergebnisse beziehen sich folglich auf eine »Realität«, welche von mir miterzeugt wurde (vgl. zur Diskussion der Konstruiertheit der Daten Charmaz 2006; Holstein/Gubrium 1995; Kvale/Brinkmann 2015).

Interviews

Interviews stellen die wichtigste Datengrundlage dar. Es wurden 27 Interviews durchgeführt, das kürzeste dauerte 45 Minuten das längste knapp zweieinhalb Stunden.⁴ Deren Durchführung richtet sich nach den Ausführungen von Nohl (2008), der den Begriff des »narrativ fundierten Interviews« prägte. Er bezog diesen Begriff einerseits auf das »narrative Interview« nach Fritz Schütze (1976) sowie andererseits auf das »problemzentrierte Interview« nach Andreas Witzel (1982, 1985). Beim narrativen Interview werden »grössere« Fragen gestellt (wie etwa nach der eigenen Biographie). Dabei wird es der befragten Person grösstenteils überlassen, die Schwerpunkte selbst zu wählen und damit den eigentlichen Inhalt zu bestimmen. Das problemzentrierte Interview dagegen stützt sich mehr auf einen Leitfaden. Die Inhalte werden folglich eher durch die interviewende Person festgelegt. Die Unterscheidung dieser beiden Interviewtypen beschreibt Nohl jedoch als idealtypisch, und er betont deren verbindendes Element – der Fokus auf persönliche Erfahrungen:

Gleich ob nach der Biographie gefragt wird oder mit einem Leitfaden unterschiedliche Themen behandelt werden, geht es immer darum, nicht nur Meinungen, Einschätzungen, Alltagstheorien und Stellungnahmen der befragten Personen abzufragen, sondern Erzählungen zu deren persönlichen Erfahrungen hervorzulocken. Dies bedeutet, dass sowohl biographische als auch leitfadengestützte Interviews prinzipiell narrativ fundiert sind (bzw. sein sollten) (Nohl 2008: 19f.).

Entsprechend dieser Anforderung wurden die Interviews aufgelegt. Ich erstellte einen Leitfaden, der jedoch erst gegen Ende des Interviews relevant wurde. Sie begannen immer mit einer Erzählaufforderung, die nach einmaliger Revision (s.o.) konstant blieb. Nach der – teilweise bis hin zu über einer Stunde andauernden – »autobiographischen

4 Die zu Beginn geführten Interviews waren kürzer. Das ist ein Hinweis darauf, dass ich mit der Zeit geübter wurde im Stellen von Fragen und den Interviewten vermehrt die Möglichkeit gab, zu erzählen (und nicht bloss zu antworten).

Stehgreiferzählung« (Schütze 1983: 285), bei der die sprechende(n) Person(en) nicht unterbrochen wurde(n), kam es zu einem immanenten Nachfrageteil. Immanente Fragen beziehen sich auf das, was die interviewte Person bereits angedeutet und in diesem Sinne »enttabuisiert« hat und wo weiteres Potenzial für Ausführungen besteht. Zunächst wurde nach detaillierteren Erzählungen und Beschreibungen gefragt, etwa nach dem Erleben des ersten Aufsuchens der Kinderwunschklinik. Erst im Anschluss wurde nach Begründungen und Meinungen gefragt, also dem, was Nohl im Zitat oben als eher sekundäres Interesse narrativ fundierter Interviews auswies. Das konnte beispielsweise die Bitte sein, auszuführen, warum eine bestimmte Behandlungsform nicht in Frage gekommen ist, oder die Meinung zum Adoptionsverfahren in der Schweiz darzulegen. Nach dem immanenten Teil, wenn die Erzählungen der Interviewten zum Abschluss gekommen sind, wurde der Leitfaden relevant. Erst jetzt war der Zeitpunkt gekommen, neue, also exmanente Fragen einzubringen und damit das Diskussionsuniversum »künstlich« zu erweitern (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahar 2010: 83f.). Bei der Analyse hat es sich als bedeutungsvoll erwiesen zu ergründen, was von mir exmanent eingeführt werden musste, damit es Teil des Gesprächs wurde. Ein Beispiel dafür ist die Rolle der Partnerperson, die bei einigen Interviews sehr prominent war, in anderen wiederum erst durch mich eingebracht wurde (vgl. 11.4.4). Ein anderes Beispiel ist die Sexualität, die von einem Teil der Interviewpartner:innen eingebracht, von anderen hingegen ausgespart wurde. Auch diese Absenzen von erwartbaren Themen werden als bedeutsam betrachtet (vgl. 11.1.2).

Teilnehmende Beobachtung

Zu den Interviews kamen in geringerem Umfang Daten aus teilnehmenden Beobachtungen hinzu: der Besuch eines Kinderwunsch-Info-Weekends, eines Fertility-Yoga-Kurses und öffentlicher Veranstaltungen zum Thema sowie eine Führung in einer Schweizer Kinderwunschklinik waren dabei zentral. Bei diesen Aufenthalten lernte ich verschiedene Forschungssubjekte kennen, mit denen ich »ethnographische Interviews« (Spradley 1979) führen konnte. Im Unterschied zu den geplanten Interviews entstanden diese spontan und ohne den Leitfaden oder das Aufnahmegerät als Hilfsmittel (vgl. Helfferich 2014: 560). Während der Gespräche sowie während des Aufenthalts versuchte ich, wann immer möglich, detailreich aufzuschreiben, »was vor sich geht«. Der Anthropologe James Spradley (1980) weist hinsichtlich der Feldnotizen auf die Wichtigkeit von Sprache hin. Gesprochenes soll möglichst wortwörtlich, wahrgenommene Handlungsabläufe, Situationen, Orte und Personen nicht zusammenfassend wiedergegeben werden, sondern so ausführlich wie möglich. Details, die in der Situation als nebensächlich erscheinen, können sich später als bedeutungstragend und ausschlaggebend für das retrospektive Erfassen der Situation erweisen. Das bedingt, dass Beobachtungen möglichst im Moment selbst verschriftlicht werden und nicht erst im Nachhinein (vgl. 64–71). Diesem Anspruch zu genügen, war nicht immer leicht. Spradley selbst beschreibt, dass eine teilnehmend beobachtende Person immer sowohl Insider ist – also Teil des Geschehens – wie auch Beobachter:in und damit Outsider (vgl. ebd.: 56f.). Beide Rollen gleichzeitig wahrzunehmen, kann konfliktiv sein. Während des Fertility-Yogas beispielsweise bedingte die Insider-Rolle, dass ich die Yoga-Übungen mitturnte, was es stellenweise verunmöglichte, mir Notizen zur Wortwahl in den Anweisungen der Yogalehrerin zu machen. Ausserdem wollte ich den Teilnehmenden – die alle zu meiner Anwesenheit zugestimmt ha-

ben – nicht das Gefühl vermitteln, dass ich sie beobachte und ihr Verhalten protokolliere, obwohl ich genau dies tat.

Die teilnehmenden Beobachtungen dienten verschiedenen Nutzen. Erstens konnte so ein Zugang zu Akteur:innen gewonnen werden, die für Interviews nicht zur Verfügung standen. Rita, der Homöopathin, mit der ich beim Kinderwunsch-Infoweekend in Kontakt kam (vgl. 6.1), schrieb ich beispielsweise nach dem Anlass eine E-Mail und fragte sie mehrmals um ein Interview an. Ich erhielt keine Antwort und musste feststellen, dass ich an Rita nur im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung herankam. Hinzu kommt, dass die Akteur:innen ausserhalb der Interviews in ihrem Alltag oder in einer spezifischen Rolle »erlebt« werden können. Ich konnte Rita während ihrer Vorträge in ihrer gewohnten Rolle und Umgebung beobachten und erlebte ihre Interaktion mit den Anwesenden. Im Gespräch später konnte sie mir die homöopathischen Mittel zeigen, die sie als hilfreich im Kontext von Unfruchtbarkeit deutet. Ein anderes Beispiel ist die Teilnahme am Fertility-Yoga-Kurs. Diese erlaubte es mir, die tatsächlich im alternativen Kontext verwendete Semantik zu erfahren und die Reaktionen der Teilnehmenden sowie deren Interaktion untereinander mitzuverfolgen. In geringerem Umfang diente die teilnehmende Beobachtung zweitens auch einem Mittel zum Zweck. Sara, die Yoga-Lehrerin, motivierte die Teilnehmenden, sich doch bei mir zu melden und sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen. Tatsächlich meldete sich Fiona kurze Zeit später bei mir. Dass wir beide den Yoga-Kurs erlebt haben und auf diesen im Interview zurückgreifen konnten, stellte dabei einen weiteren Vorteil dar. Ich war beim »Ereignis« dabei, auf das sie sich im Interview bezog, und erfuhr damit gewissermassen einen doppelten Zugang zum Fertility-Yoga: durch meine eigenen Feldnotizen sowie durch die subjektiven Rekonstruktionen und Deutungszuschreibungen von Fiona.

Andere Daten

Der Algorithmus, der den Inhalt meines Instagram-Feeds bestimmte, sorgte rasch für eine Omnipräsenz der Themen unerfüllter Kinderwunsch sowie Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin. Ich begann, verschiedenen mir vorgeschlagenen Accounts zu folgen, die ihre Kinderwunschkreise sowie ihre Erfahrung von reproduktiven Verlusten öffentlich teilen (wie beispielsweise Anna Adamyan, 603 k Follower, Stand 10.10.24 oder infertilemillennial, 62 k Follower, Stand 10.11.2025). Hinzu kamen Zeitungsartikel mit Kommentarspalten sowie Podcasts zum Thema Kinderlosigkeit (beispielsweise »Expectations«), Dokumentationsfilme des Schweizer Fernsehens über ungewollt kinderlose Paare und öffentlich zugängliche (Podiums-)Gespräche. Wenn diese Gespräche online stattfanden, wurden sie transkribiert und ähnlich wie die von mir geführten Interviews analysiert (s.u.); fanden sie offline statt, wurden sie zum Bestandteil der Feldnotizen (s.o.).

Auch meine Alltags-Umwelt wurde zur potenziellen Lieferantin von Daten. Ein Beispiel dafür waren Gespräche mit Lai:innen, die sich für meine Forschung interessierten, weil sie selbst jemanden kannten, der gerade eine künstliche Befruchtung durchführt. Interessanterweise »kannte« ich diesen Typ bereits aus den Darstellungen in den Interviews mit Wunscherlern. Diese Lai:innen hatten in der Regel klare Meinungen zum Thema Unfruchtbarkeit, dazu, wie man das Problem am besten lösen könnte sowie dazu, welche Kosten von der Krankenkasse (nicht) übernommen werden sollten. Diese Gesprä-

che erhielten für mich den Status einer Manifestierung dominanter Diskurse, die auch auf meine Interviewpartner:innen einen erheblichen Einfluss hatten (wie beispielsweise das Schuld-Narrativ, demzufolge Wunscheltern ihre Situation zumindest mitverschuldet hätten, vgl. 8.4.2).

In meiner Alltags-Umwelt befanden sich auch Personen, von denen ich wusste, dass sie Wunscheltern sind. Sowohl aus forschungsmethodischer wie auch -ethischer Sicht wäre es nicht zu verantworten gewesen, mit diesen Personen ein qualitatives Interview durchzuführen.⁵ Allerdings erfuhr ich deren Zustimmung, ihre Erzählungen in unseren Gesprächen – natürlich in pseudonymisierter Form – als Daten zu verwerten. Es handelt sich dabei gewissermaßen um »ethnographische Interviews«, denn die Daten entstanden spontan und ohne, dass ich dafür einen Leitfaden verwendete.

So machte ich während meiner Forschungstätigkeit die Erfahrung, dass sich das von mir untersuchte Thema einerseits für die Aufarbeitung in diversen Medienformaten anbietet und dass es viele Menschen interessant finden, weil sie in irgendeiner Form daran anschließen können – sei es nur schon deswegen, weil sie selbst Kinder haben und sich daher eine fachliche Kompetenz zuschreiben. Indem das Thema also nicht nur im Kontext der expliziten Forschungstätigkeit präsent wurde, drängte es mich manchmal dazu, die Grenzen zwischen Forscherin und Privatperson in bestimmten Situationen als flexibel hinzunehmen.

5.2.3 Analyse

Transkribieren

Die geführten Interviews wurden nahezu ausnahmslos⁶ vollständig⁷ transkribiert. Auch online stattgefundene Podiumsdiskussionen wurden transkribiert, sodass die Daten

-
- 5 Das betrifft beispielsweise die Tatsache, dass wir über tatsächliches oder vermeintliches »shared knowledge« verfügen, also über Hintergrundwissen, das in den Daten nur implizit vorhanden wäre. Einer bekannten Person gegenüber kommt es entsprechend zu Auslassungen von Erzählungen, weil diese (vermeintlich!) nicht mehr wichtig wären für mich als forschende Person (vgl. dazu Garton/Copland 2010; Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010; Roiha/likkanen 2021). Aus forschungsethischen Gründen wäre es zudem heikel, eine befreundete Person um ein Interview zu bitten, weil sie sich womöglich zur Einwilligung verpflichtet fühlen würde, wodurch die Freiwilligkeit nicht mehr gewährleistet wäre.
 - 6 Die beiden Interviews mit Thomas und Diego wurden als einzige nicht transkribiert. Dies liegt daran, dass diese zwar interessant waren, sich jedoch im Nachhinein nicht als geeignet für die Beantwortung der Forschungsfrage eigneten. Thomas und Diego sind zwei in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebende Männer, die für die Erfüllung ihres Kinderwunsches mehrere Leihmütter in den USA engagierten. Es hat sich gezeigt, dass schwule Männer auf eine andere Art von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind als dies bei Personen der Fall ist, deren Betroffenheit auf Unfruchtbarkeit zurückzuführen ist. Die Inanspruchnahme einer Leihmutter etwa ist in ganz andere politische Diskurse eingebettet, weswegen es anderer Legitimationsstrategien bedingt als dies beispielsweise bei einer homologen Insemination der Fall ist (vgl. zur sozialwissenschaftlichen Bearbeitung des Themas Gunnarsson Payne/Korolczuk/Mezinska 2020; Schurr/Militz 2018).
 - 7 Mit Fortschreiten des Datenerhebungs- und damit entsprechend GT auch Analyse- und Theoriegenerierungsprozesses wurden gegen Ende hin einzelne Interviews nicht mehr vollständig transkribiert.

in einer schriftlichen Form zugänglich wurden und die Analyse beliebig oft wiederholt werden konnte. Gleichzeitig kann der Transkriptionsakt selbst bereits als Bestandteil der Analyse verstanden werden, denn bei der Umwandlung der Daten vom Mündlichen ins Schriftliche geschieht immer eine Übersetzungsleistung der transkribierenden Person. Als solche musste ich entscheiden, welche Aspekte der mündlichen Sprache ich als bedeutungsträchtig erachte und welche ich vernachlässige. Davon ausgehend, dass mündliche Sprache nur scheinbar chaotisch ist, müsste streng genommen jede Pause, jede (unübliche) Betonung, jeder Wechsel hinsichtlich Intonation, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Rhythmus, Stimmmodulation und alle nicht-lexikalischen Laute wie Lachen, Interjektionen, Aus- und Einatmen, Husten oder Seufzen transkribiert werden, weil sie eine Bedeutung tragen *könnten* (vgl. Deppermann 2008: 39–46). Da in diesem Fall jedoch Aufwand und Ertrag nicht im Verhältnis stehen würden, entschied ich mich für die wörtliche Transkription inklusive der Erfassung von Sprechpausen, Interjektionen, unüblicher Betonungen, nicht-lexikalischer Laute (beschränkt auf Lachen, Weinen, lautes Seufzen oder Atmen) sowie auffallende Wechsel in der Lautstärke. Für die bessere Lesbarkeit wurden Orthographieregelungen der Schriftsprache übernommen (beispielsweise Gross- und Kleinschreibung). Nicht übernommen wurden hingegen Interpunktionszeichen. Dies gründet auf der Annahme der syntaktischen Unvollständigkeit mündlicher Sprache. Interpunktionszeichen gaukeln eine scheinbare grammatische Ordnung im Gesagten vor, die in Wahrheit aber bereits ein Abbild meiner Übersetzungsleistung (oder negativ formuliert: eine Verzerrung) darstellen würde. Punkte sind in der Symbolik der Transkription ausserdem bereits »besetzt« für die Markierung von Sprechpausen.⁸

Mit dem Wechsel der Medialität der Daten stellte sich auch die datenschutzbezogene Frage nach deren »Aufbewahrungsort«. Die mündlichen Daten lagen ausschliesslich lokal auf meinem Smartphone vor. Nachdem ich die Interviews transkribiert hatte, löschte ich die mündlichen Daten und speicherte die Transkripte auf dem passwortgeschützten Server der Universität ab, zu dem nur ich Zugang hatte. Gleichzeitig erhielten alle interviewten Personen sowie Feldsubjekte zu diesem Zeitpunkt ein Pseudonym.⁹ Der Schlüssel zur Auflösung der Pseudonyme wurde ebenfalls auf dem passwortgeschützten Server abgelegt. Inzwischen wurde dieser Schlüssel unwiderruflich gelöscht, sodass die Interviews nicht mehr nur pseudonymisiert, sondern fortan auch anonymisiert sind.

Theoretische Sättigung

Das Datenmaterial wurde stets mit der Intention begutachtet, in aller Varianz der einzelnen untersuchten Fälle das Gleichbleibende zu identifizieren (vgl. dazu Strübing 2018: 40). Wichtig wird dabei die Frage, ab wann etwa eine Deutungszuschreibung nicht mehr

8 Nach Abschluss der Analyse wurden die für die Publikation verwendeten Interviewausschnitte geglättet. Sprechpausen werden nur abgebildet, wenn sie mindestens eine Sekunde dauern, und es wurden Kommata zur besseren Lesbarkeit eingefügt. Vgl. ausführlich Transkriptionskonventionen im Anhang I.

9 Wird auf Aussagen von Feldsubjekten verwiesen, die allgemeine Bekanntheit haben, wird der korrekte Namen verwendet (das ist insbesondere bei der Influencerin Anna Adamyan der Fall).

als Zufallserscheinung oder als etwas Individuelles, sondern als ein *Muster* zu definieren ist. Damit zusammenhängend ist auch die Frage danach, wie viele Daten erhoben bzw. wie viele Interviews geführt werden müssen, damit die herausgearbeitete Theorie als valide gelten kann. Relevant dabei wird die sogenannte »theoretische Sättigung«. Diese ist gemäss GT dann erreicht, wenn das Einbeziehen weiterer vergleichbarer Fälle keine zusätzlichen Eigenschaften mehr erbringen würde (vgl. ebd.; vgl. Luhrmann 2022: 355). Im April 2023 führte ich das vorerst letzte Interview, weil die Analysen zu diesem Zeitpunkt klar identifizierbare Muster zuließen und die letzten Interviews keine überraschenden neuen Inhalte mehr enthielten. Etwa ein Jahr später erhielt ich unvorhergesehen die Möglichkeit, ein weiteres Interview zu führen. Mit Lorena sprach ich im Mai 2024, was sich als Glücksfall erwies. So zeigte mir dieses Interview, dass die theoretische Sättigung tatsächlich erreicht war. Auch wenn Lorenas Fall wie alle anderen durch eine Individualität gekennzeichnet war und keine zwei Fälle »gleich« sind, bestätigte die Analyse ihrer Ausführungen die bisher von mir generierten Muster.

Zur Theoriegenerierung sieht die GT eine Kontrastierung von gegensätzlichen Fällen vor. Dies konnte im vorliegenden Fall durch die Kontrastierung der Variable »Religiosität« erreicht werden – religiös unspezifische Individuen auf der einen Seite des Spektrums, evangelikale Christ:innen auf der anderen (vgl. zur Begründung genau dieser Gruppen Kapitel 6). Dieses »Wechselspiel von minimaler und maximaler Kontrastierung« (Strübing 2018: 41) verhalf dazu, die jeweiligen Spezifika des Samplings zu identifizieren und – auch wenn es nicht primär um einen »Vergleich« im engeren Sinne geht – die Unterschiede bei den Deutungszuschreibungen empirisch zu eruieren. Das betrifft u.a. und im Wesentlichen die Frage danach, inwiefern religiöse Deutungszuschreibungen relevant und als Ressource oder als Belastung erlebt werden (siehe dazu ausführlicher 6.2).

Codieren und Theoriegenerierung

Die Analyse erfolgte in Anlehnung an das codierende Verfahren der GT, welches Strauss (1991: 57f.) in seiner Einzelpublikation spezifiziert und anschlussfähig aufgearbeitet hat. Als technisches Hilfsmittel diente die Software MaxQDA.

Werden Daten codiert, werden diese »verschlüsselt« oder »übersetzt« (vgl. Böhm 2013: 476). Der chronologisch erste Codier-Modus ist das offene Codieren, bei dem der Text zunächst Line-by-Line gelesen und analysiert wird. Die ursprüngliche Ordnung des Texts wird »aufgebrochen« und eine neue Ordnung eingebracht (vgl. Strübing 2018: 42f.). Streng nach GT bleibt man in diesem Stadium noch konsequent nahe am Material, verwendet folglich beispielsweise in-vivo-Codes – also solche, die eine wörtliche Übernahme des Textes repräsentieren (wie beispielsweise »Seele«) (vgl. Böhm 2013: 478). In der Praxis hat sich dies als schwer umsetzbar erwiesen. Schon beim offenen Codieren gab es Momente, bei denen ein Bezug zu bereits existierender Theorie für mich offensichtlich wurde, weswegen schon zu diesem Zeitpunkt Codes unterschiedlichen Abstraktheitsgrades vorlagen – in-vivo-Codes standen übergeordneten und semantisch an Theorie erinnernden Codes gegenüber. Das hat sich jedoch nicht als nachteilig erwiesen. Beim nachfolgenden Codier-Modus, dem axialen Codieren, machte ich es mir zur Aufgabe, ein Code-Beziehungsnetz aufzubauen. Abstrakteren Codes konnte in diesem Schritt der Status von Obercodes zugeschrieben werden.

Beim axialen Codieren hat sich die Vorgabe der GT als zu strikt erwiesen. Gemäss dieser würde es hier darum gehen, ein Codierparadigma aufzustellen, welches die Codes durch sprachliche Elemente wie »weil«, »aufgrund von«, »als Folge von« oder »als Konsequenz« miteinander verbindet (vgl. Böhm 2013: 481). Ich entschied mich für ein flexibleres Beziehungsnetz, das meiner Auseinandersetzung mit den Daten gerecht wurde und meinen Blick auf die Daten bzw. meine gedankliche Ordnung zu repräsentieren vermochte.

Der letzte Codierschritt, das »selektive Codieren«, beinhaltet gemäss GT vereinfacht ausgedrückt das Bestreben, das erarbeitete Beziehungsnetzwerk so anzulegen, dass es die Forschungsfrage beantwortet und eine Theorie daraus generiert werden kann. Das kann indes bedeuten, dass ein neuer analytischer Blickwinkel eingenommen wird und das Material – oder Teile davon – noch einmal codiert werden müssen (vgl. Böhm 2013: 482f.; vgl. Strübing 2018: 46). Auch ich codierte in diesem Sinne selektiv, als dass ich bei diesem Schritt die grundlegende Theorie erarbeitete.

Dieses Vorgehen bzw. meine Adaption der GT lässt sich anhand eines Beispiels aufzeigen. Beim offenen Codieren fielen in-vivo-Codes wie beispielsweise »Gott«, »Natur«, »Eingriff in irgendetwas«, »Universum« an. Während des axialen Codierens fasste ich diese in-vivo-Codes zusammen unter den Obercode »Transzendenzbezug«. Beim selektiven Codieren wurde dann allgemein klar, dass meine Theorie die Identifikation der relevanten sozialen Momente beinhaltet, die das »*Doing* unerfüllter Kinderwunsch« ausmachen. Die Bezugnahme auf eine Transzendenz erwies sich entsprechend als *ein* solches Moment (vgl. Kapitel 9).

Die Beschreibung des methodischen Vorgehens sowie das Beispiel zeigen auf, dass die GT als Orientierung zwar wesentlich war, deren »Regeln« jedoch nicht in allen Situationen handlungsleitend waren. Paradoxerweise stellt jedoch genau dieses Abweichen von Vorgaben ein wesentliches Merkmal der GT dar:

Gefragt bleiben die Forschenden selbst, die das, was wir hier vorstellen [die Grundlagen der GT], kreativ auf ihre Fragestellung und ihren Forschungsgegenstand beziehen, ergänzen und das für ihr Projekt angemessene analytische Verfahren selbst erst entwickeln (Breidenstein et al. 2015: 125).

Diese Offenheit und Anpassungsleistung der forschenden – spezifisch hier: analysierenden – Person ist eine Konsequenz aus der Annahme, dass Theorien Daten nicht inhärent sind (nicht aus ihnen »emergieren«). Ohne deren Kreativität und Eigenleistung, ohne deren analytische Fähigkeiten sind Daten *per se* bedeutungslos: »Relevanz ist nicht im Material, sondern sie wird entwickelt in der Beziehung zwischen Forscherin bzw. Forscher, Material und Forschungsfragen« (Strübing 2018: 40). Damit ist nicht gemeint, dass Forschende aus ihren Daten alles herauslesen können – die Kreativität muss immer im Rahmen eines zielorientierten Prozesses stattfinden (vgl. Strauss/Corbin 1998: 11f.). Dies zu gewährleisten, kann herausfordernd sein. Daher fasste Strauss (1991) Forschung als kollektiven Prozess auf. Um diesem Anspruch zu genügen, tauschte ich mich regelmässig mit Peers aus demselben oder verwandten Fächern aus; bilateral oder im Rahmen von Writing Groups, Forschungswerkstätten, Schreibretreten und Summer

Schools. Der Blick von aussen auf das eigens erhobene Material half vielerorts, die eigene Perspektive zu bestätigen oder zu relativieren sowie neue Ideen zu generieren.

Um dem Anspruch der Kreativität zu genügen, hat sich auch das Verfassen von Memos als hilfreich erwiesen. Ein Memo ist ein freier Text, eine Art Notizzettel. Dieser wird im Datenmaterial platziert, wo er analytische oder weiterführende Gedanken evoziert, die nicht in einen Code übersetzt werden können. Das Schreiben von Memos erwies sich als eine erste Möglichkeit der unverbindlichen und persönlichen Verschriftung analytischer Überlegungen ausserhalb des eher technischen Mediums des Codes (vgl. zu Memo Böhm 2013: 477).

6. Feld

Wendet man den Feldbegriff (vgl. Breidenstein et al. 2015: 10) auf Wunscheltern an, werden rasch deren Spezifika offensichtlich: Wunscheltern sind, wie bereits in der Einleitung ausgeführt, »ganz normale Menschen und nicht irgendwie Exoten«, um aus einem Off-the-Record-Gespräch mit einer Interviewpartnerin zu zitieren. Anders als etwa bei der Untersuchung von religiösen Gemeinschaften gibt es keine zentralen »Orte«, an denen man Wunscheltern begegnet, es gibt keine offizielle Stelle, die als Sprecherin für die Gemeinschaft vermittelt und an die man sich wenden könnte. Wunscheltern sind »unter uns«, sie können von einer Handwerkerin genauso verkörpert werden wie von einem Professor, von der eigenen Schwester oder von einem weit entfernten Bekannten, unabhängig von sozialer Herkunft, Einkommen, Religion oder Geschlecht. Auch Charaktereigenschaften sagen nichts über den potenziellen Zustand als Wunschelternteil aus, denn ungewollt kinderlos zu sein ist keine aktive oder bewusste Entscheidung.

Wer also sind Wunscheltern? Streng genommen kann diese Frage aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive kaum beantwortet werden. Das Feld der Wunscheltern entspricht nicht dem Feld derjenigen Personen, zu denen ich als Forscherin Zugang erhalte. Viel relevanter für das methodische Vorgehen war für mich daher die Frage: Wo sind Wunscheltern? Wo kann ich sie antreffen, mit ihnen interagieren, sie teilnehmend beobachten und sie um ein Interview bitten? Wo sind diese Kinderwunschorte, an denen sich Wunscheltern als solche zu erkennen geben?

6.1 Kinderwunschorte: Beschreibung des Samplings

Offizielle Kinderwunschorte gibt es nicht. Vielmehr wurden sie von mir als solche identifiziert, weil es diejenigen Orte sind, an denen ich Zugang zu Wunscheltern erhielt. Als erstes sind dabei Kinderwunsch-Gruppen auf Social Media, insbesondere auf Facebook, zu nennen. Sie sind i.d.R. geschlossen und die Inhalte damit nicht öffentlich zugänglich. Sehr früh im Forschungsprozess schrieb ich die Administrator:innen mehrerer solcher Gruppen an und bat sie darum, einen Aufruf von mir zu posten. Per Facebook bzw. per Mail meldeten sich daraufhin drei Frauen, mit denen ich die ersten Interviews führen konnte: Lea, Jana und Vera. Diese Interviews gaben mir einen ersten

Hinweis darauf, dass alternative Heilverfahren für Wunscheltern von potenzieller Relevanz sind.¹ Daher versuchte ich, weitere Kinderwunschorte im »alternativen Milieu« (Heelas/Woodhead 2005) auszumachen. Dies gelang mir erstens durch Interviews mit alternativen Expert:innen (s.u.), die auf das Thema »unerfüllter Kinderwunsch« spezialisiert sind. Ich schrieb sie direkt an und erhielt eine positive Rückmeldung von Claudia, der Heilpraktikerin in Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM), Céline, die als Hypnose-Coachin arbeitet, Helena, die Paare zum Thema »natürliche« Sexualität, Verhütung sowie Kinderwunsch berät, sowie von Martina, der Yoga-Lehrerin. Entsprechend der Methode des Schneeballsystems (Przyborski/Wohlrab-Sahar 2010: 180) konnte mir Claudia eine ihrer Klientinnen, Rahel, als Interviewpartnerin vermitteln; Martina vermittelte mir den Kontakt zu Karin, einer Hebamme, die berufspraktische Erfahrung mit Frauen hatte, die mittels einer IVF schwanger wurden. Ich besuchte zudem einen Fertility-Yoga-Kurs, wo ich zuerst mit der Yoga-Lehrerin Sara sprechen konnte und wo ich auch Fiona kennenlernte, die sich später für ein Interview zur Verfügung stellte. Claudia, Martina und Sara wurden so zu Gatekeeperinnen.²

Auch das Kinderwunsch-Infoweekend hat aufgezeigt, dass alternative bzw. alternativmedizinische Dienstleistungen zum Ort werden können, wo sich Wunscheltern aufhalten. Relativ zu Beginn der Datenerhebungsphase, am 16. und 17. Oktober 2021, besuchte ich dieses in Zürich stattfindende Event. Es bot mir eine Übersicht über die »Landschaft« der Angebote, die Wunscheltern zu einem Kind verhelfen sollten – von hochspezialisierten Kliniken in Spanien bis hin zu homöopathischen Tees. Hier lernte ich die Homöopathin Rita sowie die Fruchtbarkeits-Yogalehrerin Jael kennen. Das Event zeigte mir auch, welche Vorträge und Stände besonders gut besucht waren und in der Wahrnehmung der Wunscheltern entsprechend von hoher Wichtigkeit waren. Dazu zählte etwa der Vortrag von Tessa, die eine eigene Firma hat. Mit dieser möchte sie Wunscheltern dazu verhelfen, im Ausland die bestmögliche Behandlungsmöglichkeit zu finden. Nach ihrem Vortrag ging ich auf Tessa zu und fragte sie, ob sie Interesse daran hätte, mir ein Interview zu geben – wozu sie sofort zustimmte. Auch lernte ich bei diesem Vortrag die Zuhörende Nicole kennen, die ungewollt kinderlos geblieben ist und sich ebenfalls für ein Interview zur Verfügung stellte.

Ein anderer Zugang zum Feld eröffnete sich durch persönliche Kontakte. Wie unter 5.2.2 bereits ausgeführt, hielt ich es aus forschungsethischen sowie -methodischen Gründen nicht für tragbar, mit Menschen ein Interview zu führen, die ich persönlich kenne. Die Gespräche mit Olivia beispielsweise können eher als ethnographische Interviews betrachtet werden. Anders sieht es mit Personen aus, die ich nicht persönlich kannte. Über mindestens einen Umweg im Bekanntenkreis gelangte ich an Maria, Diego, Thomas und das Paar Anja und Tim, mit denen ich ein Interview zu dritt führen konnte. Hinzu kam noch Reto, den ich zufällig an einem Anlass kennenlernte, der nichts mit dem Thema Kinderwunsch zu tun hatte. Auch er stellte sich mir proaktiv für ein Interview zur Verfügung.

1 Diese sehr frühe Analyse beeinflusste im Sinne der GT demnach das weitere Sampling, wie unter 5.2.1 ausgeführt wurde.

2 Vgl. zur Rolle des Gatekeepers Breidenstein et al. (2015: 51–54).

Evangelikale Wunscheltern machen, stärker noch als andere Betroffene, Selbsthilfegruppen zu Kinderwunschorten. Es gibt eine Vielzahl solcher Gruppen, die die Themen Glauben und ungewollte Kinderlosigkeit adressieren (vgl. 12.1.3). Ich schrieb die Verantwortlichen einer dieser Gruppen, Daniela und Fabian, an, und erhielt schnell eine positive Rückmeldung. Dieses Paar fungierte für mich als wichtigster Gatekeeper im evangelikalen Milieu. Sie streuten den Flyer, den ich für mein Projekt habe gestalten lassen dürfen, und machte unter ihren Bekannten nach unserem Interview »Werbung« für die Studienteilnahme. So erhielt ich laufend Anfragen von christlich-evangelikalen Wunscheltern, die mir gerne ein Interview geben wollten. Neben dem Interview mit Daniela und Fabian konnte ich so auch mit Sonja und Markus, Julia und Lukas, Sabine, Bianca und Anil sowie mit Nadine Einzel- bzw. Paarinterviews führen.

Nur eine Interviewpartnerin (Lorena) wurde zufällig über den Flyer auf das Projekt aufmerksam und meldete sich bei mir. Dass der Flyer alleine so wenig wirksam war, es sich jedoch über persönliche Kontaktaufnahmen, Anfragen und Interaktionen als so leicht erwies, Individuen für ein Interview zu gewinnen, sagt etwas über die Rolle der forschenden Person zu dem hier untersuchten Thema aus. Bereits unter 4.3 wurde ausgeführt, dass diese das Feld massgeblich beeinflusst. An der Stelle der Konstitution des Samplings wird nochmals deutlich, dass in den allermeisten Fällen ein persönlicher Kontakt und vermutlich das Zuschreiben von Vertrauen zur forschenden Person ausschlaggebend dafür ist, dass Menschen sich dazu bereit erklären, ihre Geschichten mit bislang Fremden zu teilen.

»Wo« also sind Wunscheltern? Ich versuchte, mich den Antworten auf diese Frage aus verschiedenen Perspektiven zu nähern und machte diverse »Kinderwunschorte« aus: online in Facebookgruppen, in verschiedenen alternativen Feldern, an spezifischen Anlässen wie dem Kinderwunsch-Infoweekend, sie haben sich in Gesprächen Freund:innen gegenüber geöffnet und ihren Status als Wunscheltern offengelegt, sodass sie mir als Interviewpartner:innen vermittelt werden konnten, oder sie begegneten mir oder meinem Flyer in einer zufälligen Alltagssituation. Die Heterogenität des Feldzugangs gewährleistet es bis zu einem bestimmten Punkt, Diversität abzubilden. Eine wichtige Erkenntnis im Datenerhebungsprozess bestand jedoch darin, dass es Wunscheltern gibt, die nicht auffindbar sind, zu denen ich also keinerlei Zugang gewinnen kann – möglicherweise auch deshalb, weil ausser ihnen und der:dem Partner:in kaum jemand um diesen Zustand weiss. Bereits im 2. Kapitel zum Forschungsstand wurde ausgeführt, dass dies ein Problem darstellt, weil ein grosser Teil der Betroffenen im wissenschaftlichen Diskurs dadurch nicht abgebildet ist. Auch dieses Buch trägt unfreiwillig zur Exklusion bestimmter Sichtweisen bei – es handelte sich bei fast allen Interviewten um Angehörige einer weissen Mittelschicht. Gelungen jedoch ist, auch männliche Stimmen im Sampling abzubilden – ein häufig benanntes Forschungsdesiderat in diesem Forschungskontext (vgl. z.B. Gekoski/Gray/Adler 2012; Hadley 2021; Webb/Daniluk 1999). Der Zugang zu Männern gelang vor allem durch Paarinterviews. Tim war bereit dazu, seine Frau Anja zum Interview zu begleiten, und ähnlich entschied auch ein Teil der evangelikalen Ehemänner (Markus, Fabian und Anil). Beim Paar Julia und Lukas war es sogar Lukas, der die Initiative ergriff und sich bei mir meldete, um sich zur Verfügung zu stellen.

Insgesamt wurden 27 Interviews geführt (inklusive sechs (alternativer)³ Expert:innen), fünf davon als Paarinterview. Mit Lea, Vera und Rahel konnte ich zwei Mal jeweils im Abstand von ungefähr einem Jahr sprechen. Das ergibt ein Total von 32 Interviewpartner:innen bzw. 29 verschiedenen befragten Individuen.

In den 21 Interviewsituationen mit Wunscheltern befand sich mein Gegenüber in sieben Fällen mitten im Prozess eines Kinderwunsches bzw. der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin, drei waren schwanger, drei haben abgeschlossen mit dem Kinderwunsch und lebten ohne Kinder und acht waren Elternteil (sei es durch Reproduktionsmedizin, auf »konventionellem« Weg oder durch Adoption).⁴ Streng genommen handelte es sich folglich nicht bei allen Interviewten um Wunscheltern, weil einige von ihnen Eltern geworden sind bzw. dazu im Begriff waren. Die Bezeichnung soll trotzdem auch auf diesen Teil des Samplings angewendet werden. Ihre Bereitschaft, mir ein Interview zu geben, ist ein Hinweis darauf, dass die Identifikation mit dem ehemals unerfüllten Kinderwunsch für sie nach wie vor eine Bedeutung hat. Zudem referieren sie in ihren Ausführungen auf eine vergangene Version von sich selbst, die sie ebenfalls als Wunscheltern definierte.

6.2 Begründung des Samplings

Das Sampling besteht aus drei verschiedenen »Typen«: religiös nicht-spezifische Wunscheltern, (alternative) Expert:innen zum Thema unerfüllter Kinderwunsch sowie evangelikale Wunscheltern. Im Folgenden wird diese Dreiteilung begründet.

6.2.1 Religiös nicht-spezifische Wunscheltern

Die befragten Wunscheltern dieses Typs verbindet ihre Sozialisation im christlich geprägten und gleichzeitig in vielen gesellschaftlichen Teilbereichen säkularisierten Kontext der Schweiz. Ihrer eigenen Religiosität messen sie keine hervorgehobene Bedeutung zu – unabhängig davon, um *welche* Religionszugehörigkeit es sich dabei handelt. Es hat sich ergeben, dass die meisten Interviewten offiziell Mitglieder einer christlichen Landeskirche sind. Eine Ausnahme stellt Rahel dar, die jüdisch ist. Diese Information erfuhr ich erst, nachdem ich sie explizit nach ihrer Religionszugehörigkeit bzw. ihrer Religiosität fragte. Mit »religiös nicht-spezifisch« ist demnach gemeint, dass die Interviewten dieses Typus ihre Religiosität nicht als ausschlaggebend für ihren Alltag und dementsprechend auch nicht für ihr Handlungs- und Entscheidungsverhalten in Bezug auf ihren Kinderwunsch einschätzten. In den Interviews musste das Selbstbild hinsichtlich der eigenen Religiosität stets explizit von mir abgefragt werden. Die Beziehung dieser

3 Karin (die Hebamme) und Tessa (die Inhaberin der Firma, die Kinderwunschpaare an ausländische IVF-Kliniken vermittelt) sind Expert:innen im Feld, nicht jedoch dem alternativen Milieu zuzuschreiben.

4 Im Anhang befindet sich eine Tabelle mit den relevantesten Informationen über die Interviewpartner:innen (Metadaten).

Wunscheltern zu ihrer eigenen Religiosität lässt sich demnach als »nicht spezifisch« charakterisieren.

Hier könnte sich die Frage nach der Legitimation von nicht-religiösen Personen als Teil des Forschungsinteresses einer religionswissenschaftlichen Untersuchung eröffnen. Eine exklusive Fokussierung auf ein spezifisch religiöses Sampling hätte das Risiko geborgen, dass Religion nur für diese Personengruppe als relevanter Bezugspunkt hätte herausgearbeitet werden können. Dies hat sich schnell als nicht zutreffend erwiesen, denn trotz der Selbstverortung als »nicht religiös« lassen sich im Datenmaterial Semantiken und Argumentationsmuster identifizieren, die aus religionswissenschaftlicher Perspektive als »religiös« verstanden werden können. Dies hängt u.a. mit der Erkenntnis zusammen, dass die subjektiven Verhandlungen rund um das Thema der eigenen (nicht gelingenden) Reproduktion in der Regel existenzielle Fragen tangieren. Die Erzählungen und die verwendete Sprache auch der nicht-religiösen Interviewten waren dementsprechend nie nüchtern, sondern in diesem Sinne »anfällig« für einen religiösen Duktus bzw. für religiöse Deutungszuschreibungsprozesse. Dies liess sich in besonderem Masse dann festhalten, wenn auf alternative Gesundheitsverständnisse referiert wurde, die für viele der nicht-spezifisch religiösen Wunscheltern in variierendem Umfang im Verlauf des Prozesses eine Bedeutung erhielten (vgl. Kapitel 8). Damit lässt sich zeigen, dass Religion dann zu einem relevanten Bezugspunkt werden kann, wenn es um existenzielle Themen und Fragen wie Lebensanfang, nicht verwirklichte Lebensentwürfe oder die Bewertung von als »Eingriffe« wahrgenommene Handlungen geht.

Die religiös nicht-spezifischen Wunscheltern sind auch deswegen ein so wichtiger Teil des Samplings, weil sie einen Vergleich ermöglichen. Durch den Vergleich der Ausführungen von evangelikalen und religiös-nicht spezifischen Wunscheltern konnten die jeweiligen Spezifika und die Rolle von Religion in den jeweiligen Deutungszuschreibungsprozessen präziser herausgearbeitet werden.

Und schliesslich erhöht der Einschluss religiös Unspezifischer die Aussagekraft und Reichweite des Buches. Statistisch gesehen ist es sehr wahrscheinlich, dass die meisten Wunscheltern in der Schweiz religiös nicht spezifisch sind. Zwar gaben die meisten Interviewten dieses Teils des Samplings an, offiziell noch Mitglied einer Landeskirche zu sein, doch schrieben sie dieser Zugehörigkeit wenig Bedeutung zu. Mit diesem Bezug zu institutionalisierter Religion repräsentierten sie einen Grossteil der Schweizer Bevölkerung. Gemäss den 2024 vom Bundesamt für Statistik publizierten Zahlen ist die Gruppe der Personen ohne offizielle Religionszugehörigkeit sowohl die am stärksten wachsende wie auch neuerdings die grösste (33,5 Prozent).⁵

6.2.2 Alternative Expert:innen

Eine weitere Personengruppe, die Eingang ins Sampling gefunden hat, wird im Folgenden als »alternative Expert:innen« bezeichnet. Dabei handelt es sich um Individuen, denen von gewissen Personenkreisen Expertise in spezifischen gesundheitsbezogenen

5 Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Bereichen zugeschrieben wird. Diese Expertise ist nicht biomedizinisch, sondern eben *alternativ*. Alternative Expert:innen vermarkten das ihnen zugeschriebene Wissen und Können auf unterschiedliche Art und Weise, etwa in Form von Kursen oder im Rahmen alternativmedizinischer Behandlungs- oder Beratungsangebote wie etwa Hypnosetherapien, Ernährungscoachings oder Akupunktur (vgl. ausführlich zu alternativen Zugängen Kapitel 8 und zur Person der alternativen Expertin 9.4). Zur Entscheidung, alternative Expert:innen mit ins Sampling aufzunehmen, gelangte ich nach der Analyse der ersten Interviews, die mehrere Erkenntnisse mit sich brachte. Alternative – und damit religionswissenschaftlich relevante – Deutungen prägen den Diskurs um die Bedeutung von »Natürlichkeit«, Fortpflanzung allgemein, Gendernormen sowie um die Legitimation einzelner reproduktionsmedizinischer Technologien mit. Sie erwiesen sich in der Folge auch als relevant für viele nicht-spezifisch religiöse Wunscheltern. In den Interviews verwiesen sie auf verschiedene Art und Weise auf solche Deutungen – ablehnend oder zustimmend, umfassend oder situativ. Insbesondere, wenn es um die Verhandlung der möglichen Gründe für ihr »Schicksal« geht, werden solche Deutungszuschreibungen relevant. Als handlungsleitend haben sich diese Interpretationen jedoch insbesondere bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten ausserhalb der Biomedizin erweisen. Viele der Wunscheltern griffen auf solche nicht-biomedizinischen Methoden zurück, die vom »positiven Denken« bis hin zur Inanspruchnahme kommerzieller Dienstleistungen wie TCM oder Fruchtbarkeitsmassagen reichten. In den Interviews referierten sie auf diese Formen von Therapien und auch darauf, wie deren Inanspruchnahme sowie die Interaktion mit den alternativen Expert:innen ihre eigene Wahrnehmung der Situation veränderte. Zu dieser Erkenntnis, dass alternative Gesundheitsverständnisse für viele Wunscheltern eine bestimmte Bedeutung haben, kommt die empirische Tatsache hinzu, dass es sehr viele auf das Thema Kinderwunsch spezialisierte alternative Angebote gibt. Ganz offensichtlich scheint das Bedürfnis nach diesen Formen der Therapie gross genug zu sein, sodass sich ein entsprechender Markt dafür etablieren konnte.

Es konnten drei Fallbeispiele erarbeitet werden, in denen interviewte Wunscheltern Klient:innen von alternativen Expert:innen waren, die ich ebenfalls interviewte bzw. deren Angebot ich im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung genauer kennenlernte. Dies trug zu einem noch besseren Verständnis dessen bei, welche Rolle sowohl der vermittelte Inhalt (vgl. dazu Kapitel 8) als auch die Person der alternativen Expertin für die Wunscheltern (im vorliegenden Fall v.a. für die Wunschmutter) einnehmen kann (vgl. dazu 9.4): Fiona besuchte das Fruchtbarkeitsyoga bei Sara, Rahel nahm das TCM-Angebot von Claudia in Anspruch und Lea ging zu Céline in die Hypnose.

Der Einbezug alternativer Expert:innen sowie derer Angebote ermöglicht auf einer weiteren Ebene zudem den Anschluss an etablierte religionswissenschaftliche Diskurse. Darin wird beispielsweise die Frage verhandelt, welche Bedeutung die zunehmende Ent-Differenzierung von Medizin und Religion vor dem Hintergrund einer gleichzeitig stattfindenden fortschreitenden Differenzierung und Säkularisierung in anderen gesellschaftlichen Teilbereichen in gegenwärtigen westlichen Kontexten einnimmt (vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 8).

6.2.3 Evangelikale Wunscheltern

Bei den Evangelikalen handelt es sich im Gegensatz zu den nicht-spezifisch religiösen Wunscheltern um Individuen, die einen ausgeprägten Glaubensstil praktizieren. Indem sie Teil des Samplings wurden, wurde die GT-Idee der grösstmöglichen Kontrastierung (siehe 5.2.3) im Hinblick auf die Religiosität der Befragten umgesetzt. Es wäre auch möglich gewesen, dass Menschen anderer Religionszugehörigkeit diese Rolle eingenommen hätten. Zu Beginn versuchte ich, muslimische Menschen für die Interviews zu finden. Hierbei hat sich jedoch der Zugang als sehr schwierig erwiesen. Je weiter fortgeschritten der Datenerhebungsprozess war, desto klarer wurde, dass der Fokus auf die Deutungszuschreibungen von evangelikalen Christ:innen die richtige Entscheidung war. Das hat verschiedene Gründe, die ersichtlich werden, wenn diese Gruppe allgemein näher charakterisiert wird, was im Folgenden geschehen soll.

Zugehörigkeit und Identifikation als evangelikal

Unterschiedliche Erhebungen kommen zu verschiedenen Antworten auf die Frage, wie hoch der Prozentsatz an Evangelikalen in der Schweiz ist. Favre/Stolz (2009: vgl. 463) gehen davon aus, dass sich die Zahl für das Jahr 2008 auf 200'000-250'000 belief, was einem Prozentsatz von 2,6-3,2 entspricht. Was hingegen klar ist, ist die Tatsache, dass das evangelikale Milieu wächst – im Kontrast zu den Mitgliederzahlen der Landeskirchen. Im Jahr 1970 waren es noch ungefähr 0,6 Prozent, 2000 dann bereits 1,6 Prozent (vgl. Stolz/Favre/Buchard 2014a: 35).

Das »Christsein« als gelebte Identität ist für Evangelikale von fundamentaler Bedeutung. Es steht vor der Kirchenzugehörigkeit (vgl. Stolz/Favre/Buchard 2014b: 15, FN 4).⁶ Markus erläuterte im Off-the-Record-Gespräch, ihm sei es nicht wichtig gewesen, in welcher Kirche er aktiv sei; dass es die Chrischona-Gemeinde geworden sei, sei eher Zufall. Sabine unterbrach mich im Vorgespräch, als ich von »Religion« sprach. »Religion« sei für sie nicht von Bedeutung, sondern »der Glaube und die persönliche Beziehung zu Jesus«. Institutionen und damit assoziierte Doktrinen werden häufig als zu starr oder als hinderlich empfunden, um eine solche Beziehung zu Jesus zu etablieren (vgl. dazu auch Czarnecki 2022: 100). In den Interviews bezeichneten sich die Evangelikalen entsprechen nie sprachlich explizit als »Freikirchler«, »Evangelikale« oder dergleichen. Vielmehr umschrieben sie ihre eigene religiöse Identität als »gläubig« oder als »christlich« ohne Spezifikation der Zugehörigkeit zu einer Gemeinde oder Kirche.

Die vergleichsweise geringe Bedeutung, die der Kirchenzugehörigkeit zugeschrieben wird, ist eine mögliche Erklärung dafür, warum es nicht so leicht ist, sie statistisch

6 Aus diesem Grund wird in diesem Buch von »Evangelikalen« und nicht von »Mitgliedern von Freikirchen« gesprochen. Die christliche Identität erfolgt nicht über die Zugehörigkeit zu einer Kirche, auch wenn alle von mir Befragten tatsächlich Mitglied einer solchen Freikirche waren. Der Begriff »Freikirche« bezieht sich primär auf die Organisationsform und kommt daher, dass sie sich von den staatlichen Landeskirchen unterscheiden und abgrenzen. Theoretisch ist es jedoch auch möglich, als Mitglied der Landeskirche einen evangelikalen Frömmigkeitsstil zu betreiben (vgl. Stolz/Favre/Buchard 2014b: 17).

der Kategorie »Evangelikale« zuzuordnen oder deren prozentualen Anteil in der Schweizer Bevölkerung anzugeben. Stolz/Favre/Buchard (2014b) etwa, deren Publikation sich dem »Phänomen Freikirchen« widmet, zählen auch »Mitglieder reformierter Kirchen mit evangelisch-freikirchlichem Frömmigkeitstypus« (17) zu ihrem Untersuchungsfeld. Für dieses Buch wurde ein Ehepaar (Julia und Lukas) interviewt, das sich stark in einer reformierten Kirche engagiert. Sie werden dieser Logik entsprechend ebenfalls unter den »Evangelikalen« subsumiert. Wo es relevant wird, dass sie einer Landeskirche und nicht einer Freikirche angehören, wird dieses Merkmal im Folgenden benannt und diskutiert (das wurde insbesondere bei den Deutungszuschreibungen zu den Fehlgeburten relevant, vgl. 10.2).

Inhaltliche Überzeugungen und Glaubenspraktiken

Huber/Stolz (2017) sprechen von einem evangelikalen *Milieu*,⁷ dies u.a. deshalb, weil sich Evangelikale trotz ihrer Diversität im Selbstbild von der Gesamtgesellschaft abgrenzen und sich als Einheit verstehen (vgl. 276). Diese Grenze wird performativ über den Akt der Bekehrung gezogen – ein Gebet, in dem mit dem »alten« Weg gebrochen wird zugunsten eines Lebens mit Jesus. Evangelikale grenzen sich damit in der Regel einerseits von Nicht-Christ:innen ab, andererseits jedoch auch von christlichen Menschen, die nicht bekehrt sind (vgl. ebd.: 282). Mit der individuellen Bekehrung geht ein betont persönlicher Glaube einher, der eine Beziehung zu Jesus Christus im (Alltags-)Leben der Gläubigen bedingt. Die Bibel gilt als göttlich inspiriert (vgl. Stolz/Favre/Buchard 2014b: 15), was in der Regel einen Glaube an deren Autorität (oder Irrtumslosigkeit) und ein Ablehnen metaphorischer Deutungen ihrer Inhalte mit sich bringt. Evangelikale vereinen zudem ein hohes Engagement in der Gemeinde sowie ein dualistisches Weltbild (vgl. Pollack/Rosta 2022: 470). Moralische Wertvorstellungen betreffen etwa eine starke Sexualmoral (Sex soll nur innerhalb der heterosexuellen Ehe stattfinden), eine Ablehnungshaltung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen und traditionelle Geschlechter-Rollenbilder (vgl. Huber/Stolz 2017: 281f.).

In der Literatur wird häufig zwischen evangelikalen und pfingstlerischen bzw. charismatischen Gruppierungen unterschieden, wobei letztere beiden häufig synonym verwendet werden. U. a. Stolz/Favre/Buchard (2014b) verweisen auf eine Dreiteilung des Milieus in »charismatisch«, »klassisch/moderat« und »konservativ/fundamentalistisch« (vgl. 16). Evangelikale und charismatische bzw. pfingstlerische Gemeinden werden entsprechend als zwei Untergruppen eines vergleichbaren Phänomens verstanden, weswegen sie in diesem Buch zusammenfassend unter »Evangelikale« gefasst werden. Trotzdem soll kurz auf die Spezifika von Pfingstler:innen und Evangelikalen eingegangen werden.⁸

7 Vgl. zum Milieu-Begriff, der sich in den Sozialwissenschaften als legitime Referenz etabliert hat, Schulze (1990, 1992). Im Wesentlichen wird ein Milieu über gemeinsame strukturelle und kulturelle Merkmale sowie ein hohes Mass an interner Kommunikation und sichtbaren Grenzen nach Aussen definiert.

8 Vgl. für einen Überblick über die Geschichte der diversen evangelikalen Kirchen in der Schweiz die ausführliche historische Aufarbeitung von Favre (2006).

Beide verbinden die bisher ausgeführten Merkmale. Evangelikale gelten jedoch als vergleichsweise nüchterner und wortbezogener, während Pfingstler:innen die Erfahrung ins Zentrum stellen. Sie agieren daher in ihrer religiösen Praxis affektierter, präsentischer und körperlich unmittelbarer. Spontane Anrufungen Gottes, affektive Bitt- und Dankgebete, Knien, Aufspringen, auf den Boden fallen, begeisterter Gesang und Zungenreden sind hierfür Beispiele. Das Wirken Gottes gilt noch mehr als körperlich spürbar und erfahrbar, etwa durch Heilungen (vgl. Pollack/Rosta 2022: 472–474). Im vorliegenden Sampling ist Bianca das einzige Mitglied einer solchen pfingstlerischen Freikirche. In ihren Ausführungen kam die Wichtigkeit von Körperlichkeit tatsächlich noch deutlicher zum Tragen als in den Interviews mit Evangelikalen. So sprach sie etwa davon, dass sie sich von Gott »getragen« oder »gehalten« fühlte, und dass sie seine affektive Reaktion auf ihre Trauer um eine Fehlgeburt physisch »gespürt« habe (vgl. 10.2.2).

Evangelikale als Teil des Samplings: religionswissenschaftliche und methodische Argumente

Evangelikale zum Teil des Samplings zu machen hat sich einerseits als methodisch, andererseits als religionswissenschaftlich sinnvoll erwiesen. Methodisch lässt sich argumentieren, dass es sich bei den Evangelikalen um eine klar identifizierbare und wenn auch diverse, dann doch um eine fassbare Gruppe handelt. Wären anstelle ihrer etwa muslimische Personen zum Teil des Samplings geworden, hätten viele weitere Variablen mitberücksichtigt werden müssen, so etwa der potenzielle Migrationshintergrund und die Generation. In dieser Hinsicht gestaltete sich das evangelikale Sampling als homogen. Es handelte sich ausschliesslich um sehr religiöse Schweizer:innen. Entsprechend ist es valider, Aussagen über sie als Gruppe zu treffen – und nicht bloss über einzelne Individuen mit sehr heterogenem Hintergrund.

Wie im Methodenkapitel erläutert, geht es beim Forschungsstil der GT stets um ein Vergleichen von ähnlichen sowie sich kontrastierenden Fällen (vgl. 5.2.3). Zieht man noch einmal muslimische Personen als alternative Forschungssubjekte heran, wird offensichtlich, dass die Evangelikalen als Teil des Samplings auch diesbezüglich Sinn ergeben. Das Merkmal »muslimisch« alleine hätte noch keine Aussage über die Religiosität der Gemeinten zugelassen. Bei den Evangelikalen hingegen konnte ich mir sicher sein, dass sie als Kontrastfall zu den religiös unspezifischen herhalten können, da ihre Religiosität stark ausgeprägt ist. In ihren Ausführungen lassen sich Deutungsmuster besonders gut aufzeigen, weil sie in dieser Hinsicht sehr klar sind. Ihr Glaube betrifft *alle* Lebenslagen, vom Aussergewöhnlichen zum Alltag, und daher ist auch ihre Kinderwunschgeschichte intrinsisch mit Fragen des Glaubens verwoben. Solch klare Aussagen, wie ich sie in den Interviews mit Evangelikalen erhielt, hätte ich wahrscheinlich bei keiner anderen Gruppe im Untersuchungskontext Schweiz ausfindig machen können.

Und schliesslich hat sich die Erschliessung von evangelikalen Wunscheltern auch dahingehend als methodisch gewinnbringend erwiesen, als dass ich v.a. durch sie Zugang zu männlichen Stimmen erhielt, und zwar durch die Paarinterviews. Evangelikale Ehepaare treten häufig als *gemeinsame* Autorität auf, weil Mann und Frau komplementär Kompetenz und Wissen zugeschrieben wird: er als wissenschaftliche, sie als alltags-

praktische und emotionale Autorität (vgl. Hoberg 2017a: 223, vgl. 11.2.2 zum Stellenwert der Ehe bei den Evangelikalen). Diese Eigenschaft gewährte mir Einblick in männliche Deutungslogiken, die mir ausserhalb des evangelikalen Milieus mehrheitlich verwehrt blieben.

Aus einer religionswissenschaftlichen Sicht sind Evangelikale aus zwei Gründen geeignete und interessante Forschungssubjekte. Der erste besteht im Fehlen einer zentralen Instanz (wie etwa der Papst im Katholizismus), die es den Gläubigen »abnehmen« könnte, zu entscheiden, was ein »richtiger« bzw. ein »falscher« Umgang mit einem unerfüllten Kinderwunsch ist. Evangelikalen stehen verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung, um »korrekte« Antworten auf Entscheidungsfragen zu erhalten, allerdings funktionieren diese immer nur im Kontext ihrer eigenen Reflexionsleistung. So gilt etwa die Bibel als »Heilige Schrift« und als erste Anlaufstelle, um Antworten auf alltägliche sowie ausseralltägliche Fragen zu erhalten. Es gibt aber keine einheitliche Interpretation der Texte, sodass die eigene Interpretationsleistung gefragt ist. Hinzu kommt, dass sämtliche Entscheidungen sowie die geführten Lebensformen immer auch vor Gott zu prüfen sind. Die Entscheidung des Umgangs mit einem unerfüllten Kinderwunsch und die Frage nach der Legitimität von Reproduktionsmedizin im Besonderen fordern von Evangelikalen ein entsprechend hohes Mass an Interpretation von Bibeltexten sowie ein intensives Suchen nach »Zeichen« von Gott dafür, ob sie sich richtig entschieden haben (vgl. Liebsch 2001). Diese Reflexionsleistung wird durch einen Konflikt noch weiter herausgefordert, der dem hier untersuchten Fall inhärent ist: Einerseits ist das Gründen einer kinderreichen Familie im evangelikalen Milieu unausgesprochener Standard, Kinderlosigkeit wird potenziell als egoistisch verstanden (vgl. Richie 2015). Andererseits ist das Erzeugen von menschlichem Leben ausserhalb des weiblichen Körpers nur bedingt legitimierbar. Noch schwieriger zu rechtfertigen ist in diesem Kontext das Erschaffen von potenziell »überzähligem Leben«; also von Embryonen, für die keine Verwendung mehr besteht, weil sie beispielsweise einen Gendefekt haben oder weil der Kinderwunsch der Eltern sich erfüllt hat (vgl. Czarnecki 2022; vgl. 10.1.3). Aus dieser Komplexität folgt, dass es grundsätzlich innerhalb der protestantischen Bewegungen keinerlei einheitliche Meinungen zur künstlichen Befruchtung und anderen reproduktionsmedizinischen Technologien gibt (vgl. Sallam/Sallam 2016). Die individuellen Lösungen, die aus dieser komplexen Situation heraus entstehen, haben sich als religionswissenschaftlich äusserst spannend erwiesen.

Und schliesslich werden Evangelikale durch einen historischen Blick auf die Fachgeschichte der Religionswissenschaft relevant und interessant: Forschung mit einer Ausenperspektive auf christliche Gruppierungen ist verhältnismässig jung. Das liegt daran, dass sich die Religionswissenschaft lange Zeit darum bemüht hat, sich von der Theologie zu emanzipieren. Diese Bemühungen äusserten sich in einem Fokus auf aussereuropäische Religionen, also gerade *nicht* auf christliche Strömungen, die als Zuständigkeitsbereich der Theologie aufgefasst wurden. In den 1970er-Jahren änderte sich dies mit der kulturwissenschaftlichen Wende, als das »Andere« in der eigenen Gesellschaft als legitimer Untersuchungsgegenstand entdeckt wurde. Evangelikalismus etablierte sich jedoch erst ab den 1990ern als Untersuchungsfeld (vgl. Radermacher/Schüler 2017: 34–36). Auseinandersetzungen wie sie in diesem Buch stattfinden, die die Evangelikalen aus einer

nicht-normativen Aussenperspektive betrachten, tragen zur Schliessung der noch immer existierenden Lücke in der religionsbezogenen wissenschaftlichen Literatur bei.

Teil C: Analyse

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 erfolversprechendere 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 Erfolgchancen 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 Erfolgchancen 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-unerfuehlt_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-leihmutterschaft/606160>; <https://www.zh.ch/de/direktion-der-justiz-und-des-innern/gemeindeamt/jahresbericht-gemeindeamt-2023/leihmutterschaften--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.

8. Alternative Zugänge

Zwischen Empowerment und Schuldgefühlen

In diesem Kapitel werden Bedeutungszuschreibungen von Wunscheltern im Kontext *alternativer Zugänge* (s.u. zur Definition) thematisiert und analysiert sowie die damit zusammenhängenden Aushandlungsprozesse beleuchtet. Es ist eines von zwei Kapiteln, in welchen alternativ- und komplementärmedizinische Angebote einen relevanten »Ort« dieser Prozesse darstellen. Während in Kapitel 9 die Interaktion der Wunscheltern mit den alternativen Expert:innen im Fokus steht, konzentriert sich dieses Kapitel auf die Narrative, Deutungslogiken und Erklärungsansätze von »Unfruchtbarkeit« im alternativen Feld. Dabei geht es nicht nur um die Alternativmedizin bzw. um alternativmedizinische Dienstleistungen. Alternative Zugänge zum Thema »unerfüllter Kinderwunsch« werden auch in den individuellen Reflexionen der Wunscheltern oder sogar im Rahmen biomedizinischer Institutionen relevant.

Eine Besonderheit des vorliegenden Kapitels besteht darin, dass zum grundlegenden Thema bereits relevante religionswissenschaftliche Forschungsliteratur vorliegt, konkret zu den Verflechtungen von Religion und Medizin und dazu, wie sich diese in der alternativmedizinischen Angebotsstruktur wiederfinden können. Unfruchtbarkeit und unerfüllter Kinderwunsch können als eine mögliche Manifestierung dieser Verflechtungen verstanden werden. Im Vergleich zu den anderen Kapiteln geschehen die Erschliessung und die Analyse hier folglich vergleichsweise deduktiver. Die ersten beiden Unterkapitel widmen sich daher zunächst der Forschungsliteratur zum alternativen Feld. Unter 8.1 werden die relevanten Begriffe vorgestellt, die im Feld und in der wissenschaftlichen Literatur Anwendung finden. Dabei wird auch die hier verwendete Begriffswahl erläutert und eingeordnet (z.B. »alternativ«, »ganzheitlich«, »spirituell« usw.). Unterkapitel 8.2 skizziert die Logiken des alternativen Feldes, wobei ein besonderer Fokus auf die Beziehung dieses alternativen zum biomedizinischen Feld gelegt wird. Die darauffolgenden Unterkapitel 8.3 und 8.4 widmen sich dann den analysierten Aushandlungsprozessen der Wunscheltern im alternativen Kontext. Es lässt sich grundsätzlich festhalten, dass alternative Zugänge aufgrund zweier sehr verschiedener Motive für sie relevant werden. Es prägt ihr Erleben massgeblich, ob dieses Motiv darin besteht, die Chancen auf eine erfolgreiche Schwangerschaft zu erhöhen oder aber ob es

ihnen primär um einen emotionalen Ausgleich und einen besseren Umgang mit der als Krise erlebten Situation geht (8.3). Das hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob sie alternative Zugänge als Ressource oder als Belastung beurteilen und erleben (8.4).

Für Evangelikale spielen alternative Zugänge gemäss den vorliegenden Daten eine untergeordnete Rolle. Auch dieser Befund ist interessant und wird unter 8.5 diskutiert, ehe abschliessend im theoretischen Teil die spezifisch religionswissenschaftliche und theoretische Relevanz der Ausführungen diskutiert wird. Dazu wird der Diskurs um den religionswissenschaftlichen Stellenwert von alternativen Angeboten und deren Verhandlung im Kontext der Säkularisierungsthese diskutiert (8.6).

8.1 Begriffe

Die religionswissenschaftliche, -soziologische und -ethnologische Forschung und Literatur haben sich in den vergangenen 20 Jahren intensiv mit dem Feld der gesundheitsbezogenen Themen und Praktiken auseinandergesetzt, die ausserhalb des biomedizinischen Settings stattfinden. Ein gutes Beispiel dafür ist das 38 Beiträge umfassende Handbuch zu »Religion, Medicine, and Health« (Lüddeckens et al. 2022), welches die diversen gegenwärtigen Verflechtungen von Religion und Medizin global betrachtet. Dass sich dabei sowohl objekt- wie auch metasprachlich verschiedene Begrifflichkeiten zur Benennung der besagten Praktiken etablierten, ist ein Abbild der Diversität der Inhalte, die damit gefasst werden wollen. So sind die in der Literatur zu findenden Bezeichnungen in der Regel bewusst eher vage und lassen Spielraum hinsichtlich der Frage zu, auf welche Praktiken, Narrative und Therapieformen sie sich beziehen. Nicht immer ist dabei ersichtlich, ob die Bezeichnungen als analytische Kategorie zu verstehen sind, als feldinterne Terminologie oder als beides. Auch die religionswissenschaftliche Literatur stellt dahingehend keine Ausnahme dar – ein Sachverhalt, der von der Religionswissenschaftlerin Barbara Zeugin (2020) zu Recht problematisiert wird (vgl. 57).

Vom Feld wird die Selbstbezeichnung »religiös« fast immer abgelehnt, teilweise mit Vehemenz. Das zeigt sich auch im vorliegenden Datenmaterial (insbesondere in den Interviews mit den alternativen Expert:innen Helena und Martina). Etwas ambivalenter verhält es sich mit der Selbstbezeichnung »spirituell«. Wie im Folgenden weiter ausgeführt wird, bezeichnen Anbietende sowie Klient:innen der Praktiken ihr eigenes Handeln nur in Einzelfällen als »spirituell«. Trotzdem wird der Terminus in etischen Beschreibungen teilweise verwendet, etwa vom Religionswissenschaftler Markus Hero (2018), der die gegenwärtige Angebotsstruktur aus Bereichen wie Tarot, Schamanismus, Yoga oder Qi Gong als »spirituellen Dienstleistungsmarkt« charakterisiert (vgl. 581). Auch die vergleichende Kulturwissenschaftlerin Chia Longman (2020) nimmt zur Beschreibung alternativer Heilpraktiken zusammenfassend Bezug auf den Ausdruck »NRM/NS« (New Religious Movements/New Spiritualities), wenn sie von Angeboten spricht, die das Erleben von Ritualen, Meditation, Körperlichkeit (insbesondere weiblicher) betonen, und die Religionssoziolog:innen Sointu/Woodhead (2008) sowie Trzebiatowska/Bruce (2013) verwenden dahingehend wahlweise den Begriff »New Age Spiritualities« oder »holistic spirituality«. In diesem letztgenannten Begriff zeigt sich eine Alternative zur Beschreibung der Angebote sowie der Praktiken als »spirituell«,

und zwar »holistisch« bzw. »ganzheitlich«. Damit wird auf ein Gesundheitsverständnis referiert, das nicht nur den Körper, sondern auch den »Geist« und manchmal auch die »Seele« miteinbezieht, die im besten Fall in einem »Gleichgewicht« zueinander stehen. Gemäss Sointu/Woodhead (2008) kann »Gesundheit« im alternativen Kontext verstanden werden als »wholeness and well-being of body, mind, and spirit« (259). Wie sich im folgenden Unterkapitel zeigen wird, erweist sich »Ganzheitlichkeit« als emisches Konzept, das eine Anschlussfähigkeit zu explizit nicht-religiösen Bereichen ermöglicht. Weil es mehr Inklusion impliziert als »Spiritualität« oder gar »Religion« dies tut, ist es als Label für Anbietende solcher Praktiken besonders attraktiv (s.u.).

Wie der Spiritualitäts- findet auch der Ganzheitlichkeits-Begriff nicht nur objektsprachlich, sondern auch metasprachlich Verwendung. So wird er beispielsweise von der Religionswissenschaftlerin Terhi Utriainen (2021) gebraucht, wenn sie sich auf »therapeutic orientations and methods, many of which include religious or spiritual references« (38) bezieht. Auch Mirjam Mezger (2018), ebenfalls Religionswissenschaftlerin, verwendet den Begriff etisch, um den palliativen Umgang mit Sterbenden zu charakterisieren. Dasselbe gilt für James Beckford (1984), der damit »New Religious and Healing Movements« charakterisiert.

Als metasprachliche Termini scheinen jedoch weder »spirituell« noch »ganzheitlich/holistisch« geeignete Begriffe für die Beschreibung der hier gemeinten Praktiken. »Spiritualität« ist als Begriff zu weit weg vom Feld und von der Selbstwahrnehmung. Ausserdem impliziert dieser, dass es eine klar identifizierbare Differenz zur Kategorie »Religion« geben muss, die sich aber auf einer analytischen Ebene nur durch normative Begründungen rechtfertigen liesse.¹ Auch »Ganzheitlichkeit« hat eine normative Konnotation, in diesem Fall ist sie klar positiv. So wird eine Einteilung der Therapieformen in »ganzheitliche« und »nicht-ganzheitliche« suggeriert, wobei letztere meist mit einer als defizitär erachteten Biomedizin in Verbindung gebracht werden. Im Folgenden soll daher der neutralere und umfassendere Begriff der »alternativen Zugänge« verwendet werden. Damit sind alle im weiteren und engeren Sinne therapeutischen Zugänge zum Thema Unfruchtbarkeit und unerfüllter Kinderwunsch gemeint, die nicht explizit biomedizinisch sind.² »Biomedizinisch« meint hier, dass die Methoden ihre Legitimation durch das naturwissenschaftliche Kriterium der Evidenzbasierung und Replizierbarkeit erfahren. Im hier untersuchten Fall wären solche biomedizinischen Zugänge also reproduktionsmedizinische Ansätze, die das klare Ziel des Herbeiführens einer (bleibenden) Schwangerschaft verfolgen (konkret eine Insemination oder eine künstliche Befruchtung mit all ihren dazugehörigen Behandlungen wie etwa die Hormonstimulation). »Alternativ« kann folglich als das Gegenteil von »biomedizinisch« verstanden werden.

1 Vgl. zur Problematik einer metasprachlichen Differenzierung von »religiös« und »spirituell« auch Lüddeckens (2018: 171).

2 Gemäss dieser Definition müssten auch institutionell-religiöse Zugänge zum Thema unerfüllter Kinderwunsch (wie etwa Beten) unter die Kategorie »alternativ« fallen. Man würde jedoch den Evangelikalen im vorliegenden Sampling nicht gerecht, wenn man ihre Zugänge zur Situation unter den »alternativen« subsumieren würde, wo sie sich im Selbstbild nicht verorten. Deswegen und weil es sich dabei um eine andere Art der Transzendierung handelt, wird dieser Zugang vor allem im 9. Kapitel erarbeitet.

Das bedeutet jedoch *nicht*, dass alternative Zugänge nicht auch in als biomedizinisch gelabelten Institutionen Anwendung finden können (s.u.).

Die Bezeichnung »alternativ« könnte unter gewissen Umständen ebenfalls als normativ verstanden werden. Zum einen unterstellt er Inanspruchnehmenden von alternativen Angeboten, dass sie diese als *Alternative* (und nicht als *Ergänzung*) zu biomedizinischen Behandlungsansätzen sehen, was häufig nicht der Fall ist. Zum anderen trägt er die Konnotation der »zweiten Wahl« oder des »Abweichens von einer Norm« in sich. Allerdings bildet er damit die empirische Realität sehr gut ab. Bereits im 7. Kapitel wurde aufgezeigt, dass der biomedizinische Zugang zum Thema unerfüllter Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit tatsächlich den Default und alles andere die Alternative darstellt. Sämtliche interviewten Wunscherltern verstanden die biomedizinische Kinderwunsch-Klinik als primäre oder zumindest ausschlaggebende Anlaufstelle für die Behandlung ihrer Situation. Sowohl die Wunscherltern als auch die Anbietenden sahen die Therapieformen und Zugänge als »alternativ« und nutzten u.a. auch diese Bezeichnung, ohne dies negativ zu meinen. Folglich soll sie auch hier in ihrer deskriptiven und nicht in ihrer normativen Bedeutung Verwendung finden.

Die Bezeichnung »alternativ« in Bezug auf nicht-biomedizinische Behandlungsformen taucht bereits im sowohl emischen wie auch etischen Gebrauch etablierten Ausdruck der »Alternativmedizin« auf (vgl. z.B. Lüddeckens 2012). In der religionswissenschaftlichen englischsprachigen Literatur wird Alternativ- und Komplementärmedizin häufig unter »CAM«, *Complementary and Alternative Medicine*, subsumiert (vgl. z.B. Fuller 2021; Lüddeckens/Schrumpf 2018; Utriainen 2021; Zeugin 2017). Niemand im vorliegenden Sampling hat alternative Zugänge *exklusiv* alternativ zur Biomedizin angewandt. Entsprechend wäre es auch eine Möglichkeit gewesen, grundsätzlich von »komplementären Zugängen« zu sprechen. »Komplementarität« hätte im Wortlaut jedoch eine explizitere Beziehung zur Biomedizin impliziert, wie sie zwar auch beobachtet, nicht aber unbedingt als Regel festgestellt werden konnte – also, dass etwa Akupunktur als *Begleitung* zu einem Embryotransfer durchgeführt wird. Viele der Befragten nutzten die Angebote auch unabhängig von den biomedizinischen Behandlungen (s.u.). Entsprechend erschien der Terminus »alternativ« passender.

In der Regel sind mit »CAM« Angebote gemeint, in der sich die bereits beschriebene Dienstleistungsstruktur wiederfindet. Ein:e Anbieter:in (also ein:e alternative:r Expert:in) bewirbt die Therapieform als käuflich erwerbbares Produkt, und ein:e Konsument:in nimmt es für eine begrenzte Zeit in Anspruch (vgl. Hero 2018). Auch im Folgenden wird der Ausdruck »CAM« für diese Konstellation verwendet. »Alternative Zugänge« hingegen soll *auch* auf Ansätze referieren, die *ausserhalb* einer Konsument:innen-Anbieter:innen-Interaktion stattfinden – die also von den Wunscherltern unabhängig von Expert:innen vorgenommen werden. Ein Beispiel dafür ist das bewusste »positive Denken«, dem eine potenziell performative Wirkung auf den Einnistungsprozess des Embryos zugeschrieben wird.

8.2 Logiken des alternativen Feldes

Wie »funktioniert« das alternative Feld, in welchem sich Wunscheltern in variierenden Umfängen bewegen? Diese Logiken und Dynamiken sollen im Folgenden dargelegt werden.

8.2.1 Popularität und Diffusion der Inhalte

Alternative Zugänge zum Thema Gesundheit erfuhren in den letzten Jahrzehnten eine Popularität, die sich auch zahlenmässig in quantitativen Untersuchungen zeigt. So erklären Stolz et al. (2022) für die Schweiz, dass der

Konsum alternativer Medizin (z.B. Bachblüten, Homöopathie) in irgendeiner Form bei rund 45 % der Befragten im Jahr der Befragten vor[kam]. Yoga und das Lesen von spirituellen Büchern spielt [sic!] sich im Bereich zwischen rund 15 % und 20 % ab [...] Yoga [nimmt] deutlich zu [...] (von 13.3 % im Jahr 2008 auf 22 % im Jahr 2018) (20).

Auch global betrachtet kann diese zunehmende Popularität in quantitativen Studien bestätigt werden (vgl. Barnes/Bloom/Nahin 2008; Boyle 2013; Hauser 2021; Hero 2021; Utriainen 2021). Diese Entwicklung bleibt nicht ohne Konsequenzen: Zwar äussern Biomediziner:innen häufig starke Vorbehalte gegenüber der Alternativmedizin (vgl. Utriainen 2021: 39f.), gleichzeitig jedoch lässt sich ein zunehmendes Interesse an alternativen Zugängen zu gesundheitsbezogenen Themen beobachten. In gewissen Kontexten werden sie als legitime Ergänzung zu biomedizinischen Behandlungen betrachtet. Barbara Zeugin (2020) zeigt dies am Beispiel der »Begleitung am Lebensende«, bei der alternative Medizin zunehmend als Bestandteil der Behandlung integriert wird (vgl. auch Kellehear 2003). Auch der von mir besuchte Fruchtbarkeits-Yoga-Kurs von Sara war Teil des Angebots einer Kinderwunschklinik. Claudia, die TCM-Heilpraktikerin, erzählte mir, sie kooperiere mit einigen Kinderwunschkliniken und behandle Patientinnen beispielsweise vor einem Embryotransfer mit Akupunktur – die Reproduktionsmediziner:innen seien froh, wenn sie die Patientinnen an sie verweisen können und würden Akupunktur als Methode verstehen, welche die Chance auf ein positives Resultat erhöht. Tatsächlich hat die WHO TCM-Behandlungen im Jahr 2019 im International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems aufgenommen (vgl. Lam/Lyu/Bian 2019). Dies führte einerseits zu scharfer Kritik, die im prestigeträchtigen Journal »Scientific American« publiziert wurde, andererseits aber auch dazu, dass einige Biomediziner:innen TCM zumindest teilweise als wirksame Therapieform akzeptieren (vgl. Fuller 2021: 399; vgl. zur Integration von CAM in den Schweizerischen Gesundheitssektor Lüddeckens 2018: 168f.). Das passt zu den Ausführungen von Olivia. In einem ethnographischen Gespräch berichtete sie, dass ihr die Akupunktur von den Ärzt:innen als inhärenter Teil der IVF-Behandlung kostenlos angeboten wurde.³ Nur deswegen hätte sie diese überhaupt

3 Das kann auch mit einer 2017 eingeführten gesetzlichen Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Zusammenhang stehen: Die schweizerischen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Phytotherapie sowie für

in Anspruch genommen. Olivia liess mir das Bild (Abb. 1) zukommen, welches im Wartezimmer der von ihr konsultierten IVF-Klinik aufgenommen wurde und eine Buddha-Figur im Lotussitz zeigt:

Abb. 1: Buddha-Figur im Lotussitz im Wartezimmer einer IVF-Klinik



Quelle: Olivia, privat.

Die Figur mag aus verschiedenen Gründen dort platziert worden sein; Olivia zufolge hat jede Form von Kontextualisierung gefehlt, sodass sie einen gewissen Interpretationsbedarf impliziert. Möglicherweise ist sie ein Hinweis auf das alternativmedizinische Zusatzangebot, welches von dieser Klinik geleistet wird, oder sie soll schlicht die Atmosphäre im Warteraum ästhetisch aufwerten. Auf jeden Fall veranschaulicht sie aber, dass

TCM bzw. Akupunktur (vgl. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2017/421/de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

die eigentlich biomedizinisch ausgerichtete Klinik alternativen Gesundheitszugängen nicht gänzlich abgeneigt ist.

Die Popularisierung der Alternativmedizin verändert grundsätzlich die Art und Weise, wie gesellschaftlich über Krankheit und Gesundheit gesprochen wird. Religiöse Konzepte von Gesundheit und Heilung gewinnen dadurch vermehrt an Plausibilität (vgl. Fuller 2021: 392). Tatsächlich scheint ein »ganzheitliches Verständnis« von Gesundheit eine Art Common Sense anzusprechen, was auch Robert Fuller (2021) beobachtete: »Religiously or supernaturally phrased understandings of human wellbeing might intuitively appeal to many regardless of their empirical foundations« (400). Die Annahme, dass nicht nur rein körperliche Faktoren die Gesamtgesundheit eines Individuums beeinflussen, leuchtet offenbar intuitiv ein und bedarf auf einer diskursiven Ebene daher nicht mehr unbedingt naturwissenschaftlicher Belege.⁴

Diese ausgeführten Entwicklungen wurden erstmals von Lüddeckens/Waltherth (2010) als »Diffusion« benannt: Inhalte und Deutungen, die bis anhin tendenziell negativ als »esoterisch« betrachtet wurden und nur innerhalb der unverhandelbaren Grenzen religiöser Gemeinschaften zugänglich waren, sind nun in eine breite Gesellschaft diffundiert. Aus exklusiven Lehren und Dogmen wurden Angebote, die zumeist käuflich erwerbbar sind. Dadurch haben sie »ihren »esoterischen« Charakter weitgehend abgelegt« und gelten nicht mehr als etwas »Besondere[s] oder Geheime[s]« (Hero 2018: 585).

8.2.2 Beziehung zur Biomedizin und Ent-Differenzierung

Trotz der Diffusion alternativer Inhalte auch in biomedizinische Institutionen folgen die beiden Zugänge zu Gesundheit einer jeweils anderen Denklogik: Während es in der Biomedizin primär darum geht, die direkten physiologischen Ursachen einer Krankheit zu behandeln, nehmen Vertretende alternativer Zugängen die »tieferliegenden« (manchmal: »spirituellen«) und damit indirekten Ursachen in den Fokus. Die Resultate der Biomedizin sind replizier- und quantifizierbar, während alternative Zugänge sich eher über den Wert der »Erfahrung« legitimieren (vgl. Fuller 2021: 393–395). Wenn Einzelpersonen positive Erfahrungen mit einer Methode machen und ihr den Grund für den verbesserten Gesundheitszustand zuschreiben, so wird dies zur Legitimation ebenjener Methode – unabhängig davon, ob im naturwissenschaftlichen Sinne eine Kausalitätsbeziehung zwischen beiden feststellbar wäre: »[therapies] produce beneficial results regardless of whether they have been validated in scientific studies« (vgl. ebd.: 398). Während die Biomedizin folglich ein Beispiel für eine fortschreitende *Differenzierung* ist (Luhmann 1984), steht CAM für eine *Ent-Differenzierung* bzw. eine »de-differentiation« von Religion und Medizin (vgl. Davie 2013, Lüddeckens/Schrimpf 2018 und Utriainen 2021). Sachverhalte, die traditionell dem System »Medizin« zugeschrieben werden, werden mit einer Sema-

4 Ein Indiz dafür ist auch die im 12. Kapitel beschriebene »psychogene Infertilität«. Diese erscheint trotz fragwürdiger medizinischer Quellenlage so plausibel, dass sie teilweise sogar im biomedizinischen Kontext als Narrativ auftaucht.

tik beschrieben, die dem System »Religion« zugeordnet wird.⁵ Das impliziert, dass ein und die:derselbe Akteur:in gleichzeitig als medizinische:r und als religiöse:r Expert:in fungiert und sich damit *sowohl* für das medizinische *als auch* für das religiöse Wohl eines Individuums zuständig sieht (vgl. Lüddeckens 2018: 180).

Insofern könnte vermutet werden, dass alternative Expert:innen sich von der Biomedizin und deren Deutungslogiken abgrenzen, weil sie als zu »rational« oder »oberflächlich« verstanden werden. Tatsächlich ist dieses Verhältnis ambivalenter. Hauptsächlich konnte beobachtet werden, dass auch alternative Expert:innen positiv auf die Biomedizin verwiesen. Indem etwa wissenschaftliche (biomedizinische) Studien referenziert wurden, sollten die jeweiligen Methoden zusätzlich legitimiert werden. So argumentiert Claudia, die TCM-Heilpraktikerin, »es GIBT sogar Studien, dass wenn man Akupunktur gemacht hat, dass, ähm, die Chancen, dass eine Frau schwanger wird, höher ist (2), und, das wissen die Ärzte, also die haben ja das erstellt«. Auch Martina, die Yogalehrerin, verweist auf wissenschaftliche Studien, um ihre Einschätzung der Situation zu untermauern. Sie betont, dass Handys in der Hosentasche die Spermienqualität negativ beeinflussen, »das sagt auch die Wissenschaft«. Bei der Hypnosetherapeutin Céline scheint der Verweis auf wissenschaftlich durchgeführte Studien sogar die grundlegende Form der Legitimation darzustellen. Die naturwissenschaftlichen Gütekriterien überträgt sie auf die Hypnose: Sie finde es wichtig, »ganzheitliche Konzepte« wie eben die Hypnose der »Schulmedizin [...] näher zu bringen auf fundierter, evidenzbasierter Basis«. Im Fall von Céline hängt diese Betonung vermutlich auch mit ihrer wissenschaftlichen Ausbildung zusammen, mit der sie sich weiterhin stark identifiziert. Betrachtet man ihre Semantik genauer, so fällt auf, dass sie über Hypnose spricht, als würde sie ein biomedizinisches oder psychotherapeutisches Verfahren beschreiben. So führt sie etwa aus, Klient:innen müssten die Hypnose auch zu Hause ausüben: »ich kann diesen Zustand auch immer wieder selber induzieren, und das ist wichtig, damit auch nervensystemtechnisch eine neue Verknüpfung stattfindet«.

Céline, Claudia und Martina orientieren sich in ihrer Deutungslogik (auch) an der Biomedizin. Das führt deswegen nicht zu einem Konflikt, weil sie ihre Angebote primär als zuständig für *andere* Bereiche sehen. Céline behandelt ihre Klient:innen explizit als begleitenden »Ausgleich« zu einer künstlichen Befruchtung, Martina meint, man müsse immer »beide Seiten« (alternative und »Schulmedizin«) beachten und wünscht sich genauso wie Claudia, diese beiden »Seiten« würden besser zusammenarbeiten, statt zu konkurrieren. Auch die Fruchtbarkeits-Yogalehrerin Sara spricht explizit von den »best results«, die man erreichen könne, indem man »western and eastern medicine« kombiniert. Während die genannten Expertinnen biomedizinische Behandlungsmethoden als wirksam für *körperliche* Begebenheiten betrachten (wie etwa das Behandeln einer Endometriose), sehen sie in den alternativen Methoden eine Möglichkeit, »Körper, Geist und

5 Global und historisch betrachtet ist die Verknüpfung von Religion und Medizin nichts Neues oder Spezielles. Bis ins späte 19. Jahrhundert hinein, als Koch und Pasteur die Rolle von Mikroorganismen als Auslöser für Krankheiten entdeckten, bezog sich die »konventionelle« Medizin noch auf die Ungleichgewichtsmetapher, die heute so typisch ist für alternative Zugänge (vgl. die Ausführungen weiter unten), wenn beispielsweise vom »equilibrium« oder dem »intakten System« die Rede war (vgl. Fuller 2021: 394).

Seele« in diesem Prozess zu unterstützen oder psychisch zu entlasten. Anders sehen das Rita, die Homöopathin, Bea, die alternative Verhütungsexpertin sowie Helena, die Coachings für Paare anbietet. Diese drei Frauen erachten exklusiv alternative Zugänge als legitime Mittel, um den unerfüllten Kinderwunsch zu beheben. Sie sehen in reproduktionsmedizinischen Eingriffen eine reine Symptombekämpfung, die »unnatürlich« ist und einen illegitimen Eingriff in den weiblichen Körper und in die »Natur« oder in die »Biologie« darstellt (vgl. zur »Natur«-Referenz die Ausführungen in Kapitel 9.3.1).

Die Beziehung alternativer Expert:innen zur Biomedizin erweist sich als ambivalent und divers. Gleichzeitig wirkt es in allen untersuchten Fällen identitäts- oder legitimationsstiftend, sich zur Biomedizin zu verhalten – sei es durch Abgrenzung oder Anlehnung.

8.2.3 Referenz auf »Ganzheitlichkeit«

Im Kontext alternativer Zugänge zum Thema Gesundheit wird häufig auf »Ganzheitlichkeit« verwiesen. Auch in der (religions-)wissenschaftlichen Literatur besteht Konsens darüber, dass es sich bei der emischen Referenz auf »Ganzheitlichkeit« um ein distinktives Merkmal alternativer Zugänge handelt (vgl. z.B. Zeugin 2020). Im Folgenden soll ausgeführt werden, was damit gemeint ist – allgemein sowie in Bezug auf das Untersuchungsfeld – und welche Implikationen dies für die Perspektive der Expert:innen auf ihre Klient:innen hat.

Semantisch schlägt sich die Idee der Ganzheitlichkeit beispielsweise folgendermaßen nieder:

In der Homöopathie ist jeder Patient eine individuelle Persönlichkeit. Alle Paare, die an unerfülltem Kinderwunsch leiden, werden unterschiedliche Verschreibungen erhalten. Wichtig für den Homöopathen ist nicht nur der unerfüllte Kinderwunsch, sondern wie der betreffende Patient, das Paar, dies ausdrückt. Eine gründliche und sehr ausführliche Fallaufnahme ist erforderlich, um das richtige Mittel zu finden. Das Naturell, der Charakter, sowie Vorlieben und/oder Abneigungen des Patienten werden dabei in Betracht gezogen. Eine zentrale Rolle spielt dabei auch die gesamte gegenwärtige und vergangene Geschichte des Patienten und dessen Familie.⁶

Das [eine TCM-spezifische Behandlung] heisst, nicht nur den Körper zu behandeln (Blockaden lösen und Qi ins Fließen bringen), sondern auch den Geist und die Seele miteinzubeziehen, damit der Körper nicht wieder Blockaden kreiert.⁷

Nicht nur körperliche Symptome (hier: nicht nur der unerfüllte Kinderwunsch bzw. die Unfruchtbarkeit), sondern eben der oder die Betroffene selbst – der individuelle Charakter, das »Naturell«, die Vorlieben und die biographischen oder familiären Hintergründe – ist Bestandteil der Diagnose und der entsprechenden Behandlung. Nur ein körperliches Symptom zu behandeln, ohne dass »Geist« und »Seele« miteinbezogen werden, gilt entsprechend als nicht nachhaltig, weil dies die »Blockaden« nicht löst. Körperliche

6 https://www.shi.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/Artikel_-_Kinderwunsch.pdf, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

7 <https://www.tcm-gyni.ch/kinderwunsch/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Beschwerden werden nicht als zufälliges Produkt verstanden, sondern als Ausdruck tieferliegender Gründe (vgl. Hauser 2021: 305). Der Körper und das Selbst – ob dieses nun semantisch als »Geist« und »Seele« oder als »Naturell« gefasst wird – bilden in diesem Verständnis eine unzertrennbare Einheit. Entsprechend wird im Folgenden vom »ganzheitlichen« oder »holistischen« Konzept als emische Kategorie gesprochen, wenn »die Wahrnehmung einer Einheit von Körper/Sinnen, Geist/Intellekt und emotionalem Erleben [postuliert wird]« (Lüddeckens 2012: 286).

Eine Begegnung während eines Feldaufenthalts veranschaulicht, wie sich ein »ganzheitlicher Zugang« in Bezug auf das Thema unerfüllter Kinderwunsch äussern kann. Rita, die auf Kinderwunsch und Schwangerschaft spezialisierte Homöopathin, führte in einem Vortrag aus, dass »wir kein Auto [sind], (2) wir sind nicht ein Auto mit verschiedenen Teilen, (1) wir sind ein Ganzes, (1) ein Ganzes bestehend aus Körper Geist und Seele«.⁸ Sie würde Personen, die von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind sowie schwangeren Personen daher beispielsweise klar davon abraten, in dieser Zeit aufwühlende Kriminalromane zu lesen oder sich Thriller oder Horrorfilme anzusehen. Das habe einen negativen Einfluss auf die Gemütslage und damit auf die Empfängnisfähigkeit bzw. die Entwicklung eines Fötus.

Mit diesem Gesundheitsverständnis üben alternative Akteur:innen wie Rita auch Kritik an der Biomedizin (s.o.). Diese sei reduktionistisch und würde den mentalen, emotionalen, moralischen und spirituellen Faktoren zu wenig Aufmerksamkeit schenken (vgl. dazu auch Fuller 2021: 400; 403; Hanegraaff 1996: 52–47; Lüddeckens/Schrimpf 2018: 14; McGuire 1993). In einem idealtypischen Verständnis dieses »ganzheitlichen« Ansatzes kann eine künstliche Befruchtung allein gar nicht »funktionieren«, weil man damit zwar die körperlichen, nicht aber die »tieferliegenden« Gründe für die Unfruchtbarkeit behoben hat, wie Rita mir auch im ethnographischen Gespräch bestätigte. Sie sei grundsätzlich gegen künstliche Befruchtungen, denn diese würde dem Körper etwas aufzwingen. Sie würden nicht die »wahre« Ursache einer ungewollten Kinderlosigkeit heilen, sondern lediglich das Symptom. Körper, »Seelen« und »Geiste«, die nicht »bereit« seien für eine Schwangerschaft – aufgrund von Stress, Druck, einem falschen »Mindset« oder belastenden Vorerlebnissen im thematischen Zusammenhang –, bräuchten mehr Zeit, dies aufzuarbeiten. Es sei daher auch einleuchtend, dass viele Frauen, die sich einer IVF unterzogen hätten, eine Fehlgeburt erleiden würden – reproduktive Verluste seien ein *Symptom* dafür, dass etwas Tieferliegendes nicht stimmt; dass der Körper (und damit eben auch »Geist« und »Seele«) noch nicht bereit sei für ein Kind. In diesem Sinn ist auch eine Fehlgeburt nie einfach nur Ausdruck eines statistischen Zufalls, sondern *immer* ein Hinweis auf ein tieferliegendes Problem. Dieses »Problem« wird empirisch häufig als »Ungleichgewicht« ausgedrückt, wie es etwa Claudia, die TCM-Heilpraktikerin erläutert:

meiner Meinung nach macht man [in der »westlichen Medizin«] v.a. eine Symptombekämpfung, (2) aber meiner Meinung nach geht es eben viel weiter, (1) also wenn man

8 Der Vortrag ist auch online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=OrDB95G3c1c>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

ein Symptom hat, heisst das ja nicht, (1) oder heisst das für mich, dass es (1) von irgendwoher kommt, (1) und TCM geht halt einfach weiter, also sie ist »ganzheitlich«, da meine ich, da wird Körper, Geist und Seele dazu genommen und das heisst, man, man macht ja das Anamnesegespräch und, (3) da geht es jetzt nicht nur um das Symptom, sondern es geht darum, wo ist das Ungleichgewicht, es geht immer, es ist immer ein Ungleichgewicht (Claudia)

Auch Claudia verweist auf dieses Verständnis von körperlichen Symptomen. Ein alternativer Zugang wie TCM »geht weiter« und vermag die Ursache zu eruieren (»es [kommt] von irgendwoher«). Es gilt dann, diese Ursache zu identifizieren und individuell daran zu arbeiten, sodass aus dem Ungleichgewicht wieder ein Gleichgewicht werden kann. Das ist es auch, was die Religionsethnologin Beatrix Hauser (2021) meint, wenn sie »decoding bodily messages« (311) als wesentliches Konzept »holistischer Medizin« beschreibt: Es geht immer um eine Achtsamkeit gegenüber dem Körper, seiner »Kommunikation« mit dem Individuum und um die Interpretationsleistung, diese in konkrete Handlungsanweisungen zu übersetzen. Körperliches und psychisches Leiden oder Krankheit erfahren dadurch eine spezifische Bedeutung und deren De-Codieren wird zur eigentlichen Therapie. Daher wird der Anamnese und der dazugehörigen »Aufarbeitung« der gegenwärtigen Krisensituation vor dem Hintergrund der individuellen bzw. der Paar-Identität im alternativen Kontext eine solch hohe Bedeutung zugeschrieben.

Wie Individuen diese Zugänge zu Gesundheit im Kontext nicht-gelingender Reproduktion erfahren und warum sie für sie besonders attraktiv werden können, wird im folgenden Unterkapitel erläutert.

8.3 Motivation zur Inanspruchnahme von CAM

Viele alternative Angebote haben einen Fokus auf (unerfüllten) Kinderwunsch und Schwangerschaft. Weil alternative Expert:innen auch ein kommerzielles Interesse haben (vgl. Hero 2021), kann dies als Indiz dafür verstanden werden, dass es sich dabei um ein »ertragreiches« Thema handelt.⁹ Und tatsächlich nutzten die meisten der befragten Wunschehler:innen entsprechende Angebote. Dies liegt, so die These u.a. daran, dass spezialisierte CAM-Angebote auch für solche Wunschehler:innen attraktiv werden, die bisher keine Berührungspunkte mit alternativen Zugängen zu Gesundheit hatten. Sogar Rahel sowie Anja und Tim, die teilweise eine explizit negative Einstellung dazu deutlich machten, wurden zu Kund:innen. Dies wiederum lässt sich auch über die spezifische Erfahrung erklären, die viele Wunschehler:innen machen. Sie erleben ihre Unfruchtbarkeit nicht nur als medizinisches oder körperliches Problem, denn diese macht sich nicht hauptsächlich durch physische Schmerzen bemerkbar. Die medizinische Komponente der Unfruchtbarkeit erleben sie in der Regel frühestens dann, wenn sie Eltern werden möchten

9 Diese Beobachtung verweist auf eine historische Kontinuität. Dass gerade das Thema Fruchtbarkeit religiös bearbeitet wird, ist nichts Neues, wie die Religionswissenschaftlerin Pamela Klassen (2019) ausführt: »At a bodily level, women have long used amulets, herbs, prayers and rituals to influence their fertility, either to bring about pregnancy or to avoid it« (27).

und sich keine Schwangerschaft einstellt. Was Wunscheltern vielmehr erfahren, ist ein allumfassender *Zustand*: Ein unerfüllter Kinderwunsch kann nahezu sämtliche Bereiche ihres Lebens umfassen, betreffen und beeinflussen. Insofern ist es nur konsequent, dass daraus ein Bedürfnis resultiert, das Thema auch umfassender, »ganzheitlicher« zu bearbeiten. Hinzu kommt für die meisten Wunscheltern die Erfahrung, dass die Reproduktionsmedizin nicht in jedem Fall die gewünschte (schnelle) Hilfe liefern kann und sie in der Kinderwunschlinik eine Reduktion ihrer Person auf ihre Unfruchtbarkeit konstatieren. Fiona merkte im Interview an, es sei notwendig, die Situation »breiter« zu betrachten. Lea (t1) betonte mehrfach, dass ihr bei der biomedizinischen Behandlung das »Menschliche« fehle, also eine Betrachtung von ihr als Patientin, die über das reine Messen von Körperaktivitäten hinausgehe (vgl. dazu auch Lüddeckens/Schrimpf 2018: 14). Auch Anja und Tim, die eine sehr kritische Haltung der Alternativmedizin gegenüber deutlich machten, sahen in der Idee der »Ganzheitlichkeit« durchaus eine »Logik«:

A: so die Idee, dass eben irgendein Tee oder die Ernährung irgendetwas bewirken kann, das kann ich mir schon noch vorstellen, das hat für mich eine gewisse Logik dahinter

T: ich finde auch, so gewisse Sachen, wo die Schulmedizin nur Symptome bekämpft, und finde auch okay, vielleicht müsste man mal ein wenig (t) das Gesamtheitlichere anschauen

Die Erfahrung eines unerfüllten Kinderwunsches scheint Betroffenen das Defizit des biomedizinischen und in ihrer Wahrnehmung entsprechend »nicht-ganzheitlichen« Zugangs zu Gesundheit vor Augen zu führen. So werden alternative Ansätze auch für Personen wie Anja und Tim, Lea, Rahel, Jana oder Fiona, die sich vorher alle wenig damit auseinandergesetzt hatten, in einem bestimmten Umfang und zu einem spezifischen Zweck plausibel.

Grundsätzlich liessen sich in den Daten zwei Typen von Motivationen identifizieren, CAM in Anspruch zu nehmen. Zum einen wird es primär als *Mittel zum Zweck* verstanden. Das bedeutet, dass sich Wunscheltern durch die Inanspruchnahme eine erhöhte Chance auf eine Schwangerschaft erhoffen (vgl. 8.3.1). Die zweite Motivation gründet darin, dass den Dienstleistungen zugeschrieben wird, als *emotionale Entlastung* zu dienen. Dabei erhoffen sich die Wunscheltern, durch die erlernten Techniken einen »besseren« Umgang mit der Krisensituation zu erlangen (vgl. 8.3.2). Es wird sich zeigen, dass diese beiden Arten von Motivation nicht immer ganz trennscharf sind und einzelne Individuen nicht kohärent nur auf eine bzw. nur auf die andere Begründungslogik verweisen.

8.3.1 Erzielen einer Schwangerschaft

Biomedizinischer Anspruch an alternative Zugänge

In vielen Interviews wurde auffällig, dass die Befragten auf biomedizinische Denklogiken verwiesen, wenn sie über alternative Zugänge sprachen. Das bedeutet, sie evaluieren die Methode dahingehend, ob ihre Anwendung mit einem objektiv messbaren, körperlichen Unterschied einherging. Semantisch drückte sich das so aus, dass den Zugängen beispielsweise zugeschrieben wurde, dass sie ganz konkret etwas »genützt oder ge-

bracht haben« – oder eben nicht. Auch die Anbietenden selbst sprechen teilweise so über ihre Methoden, als würden sie sich an einem biomedizinischen Anspruch orientieren. Ein Zürcher Kinderwunsch-Zentrum kündigt TCM als »Behandlungsmethode zur Begünstigung der Fruchtbarkeit«¹⁰ an, Martina zufolge unterstützte beispielsweise die Einnahme von »Storchenschnabeltee«¹¹ die Fruchtbarkeit, Rita verwies auf ein homöopathisches Mittel namens »Ignazia«, die Fruchtbarkeits-Yogalehrerin Jael auf spezifische Asanas, also Körperstellungen, die die Fruchtbarkeit unmittelbar positiv (oder, je nach Zykluszeitpunkt, auch negativ) beeinflussen, und Bea empfiehlt den Männern Maca für eine bessere Spermienqualität sowie den Frauen Yams-Wurzeln für einen erfolgreichen Eisprung.

Einige der befragten Frauen konnten so auf positive Erfahrungen referieren. Nachdem Fiona beispielsweise das Fruchtbarkeit-Yoga und die Ernährungsberatung aufgesucht und ihre Ernährungsroutinen angepasst hatte, erzielte sie nach der darauffolgenden Eizellentnahme »Wahnsinnsergebnisse«. Von den neun entnommenen Eizellen hätten sieben erfolgreich befruchtet werden können und sich zu gesunden Embryonen weiterentwickelt. Rahel wurden von Claudia Tees verschrieben, was zeitlich mit einer Eizellentnahme und einer genetischen Testung der daraus entstandenen Embryonen zusammenfiel. Das kommentierte sie folgendermassen: »da habe ich dann so gedacht ›ah krass, sind jetzt diese beiden Euploiden,¹² das hat vielleicht doch noch etwas genützt das TCM«. In diesen beiden Fällen wurde also in Betracht gezogen, dass die Inanspruchnahme von TCM bzw. des Yogas einen direkten und positiven Einfluss auf den Prozess der künstlichen Befruchtung hatte.

Die umgekehrte Variante war empirisch quantitativ deutlich auffälliger: dass die alternative Methode *nicht* als »wirksam« erlebt wurde, weil *keine* positiveren Resultate erzielt wurden als vor deren Inanspruchnahme. Vera (t2) beispielsweise berichtete im zweiten Interview, dass sie keine Akupunktur mehr in Anspruch nehmen würde, denn sie sei »ja auch nicht wie versprochen dann schwanger geworden«. Auch Lea (t1), die eine Fruchtbarkeitsmassage sowie eine spirituelle Familienaufstellung durchgeführt und Akupunktur ausprobiert hat, konstatierte ernüchtert: »[das] hat aber auch nichts gebracht«; trotz der Aufarbeitung habe sie wieder eine Fehlgeburt erlitten. Sie »glaube jetzt da ehrlich gesagt nicht mehr so dran, weil es hat ja nichts geholfen«. Sie verweist dann darauf, dass ihr etwas »Greifbares« wie etwa ein Bluttest fehlte, um weiterhin an die Wirksamkeit zu »glauben«. Rahels Mann sah es gemäss ihren Ausführungen ebenso – TCM würde seiner Ansicht nach »überhaupt nichts bringen«, da es »keinen Scientific Proof« dafür gebe (Rahel t1).

10 Vgl. <https://360grad.ch/angebot/traditionelle-chinesische-medinin/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

11 Die Idee, dass Merkmale von Pflanzen (z.B. deren Aussehen) durch das Wirken der »Natur« oder eines »Schöpfers« einen Hinweis auf ihren medizinischen Anwendungsbereich geben, ist Bestandteil der sogenannten Signaturenlehre (vgl. z.B. <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/signaturenlehre/61530>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025). Martinas Ausführungen zu den Heilkräften von Pflanzen erinnerten an mehreren Stellen im Interview stark an die Signaturenlehre, ohne dass sie sie als solche benannt hätte.

12 Euploidie bedeutet hier, dass der Embryo einen vollständigen Chromosomensatz aufweist. Diese Embryonen haben eine erhöhte Chance, sich in der Gebärmutter einzunisten.

Diese negative Variante verweist auf dasselbe Verständnis von alternativen Methoden wie in den weiter oben beschriebenen, positiven Fällen: An sie wird der biomedizinische Anspruch gestellt, dass sie »nützen« müssen. In diesem Fall wird »Nutzen« den Methoden dann zugeschrieben, wenn ein objektiv messbarer Beleg vorhanden ist, der mit ihnen in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden kann. Dieser Beleg kann ein positiver Schwangerschaftstest sein, eine »ertragreiche« Eizellentnahme oder der Nachweis für »gesunde« in vitro gezeugte Embryonen.

Die Ausführungen zeigen, dass mit einem biomedizinischen Anspruch an alternative Methoden die Gefahr der unrealistischen Erwartungen und damit der Frustration einhergehen kann. Trotz der Häufigkeit von auf unerfüllten Kinderwunsch spezialisierten Angeboten im alternativen Milieu sind diese bei näherer Betrachtung von ihrer Logik her weder auf diese Art von Klient:innen ausgelegt noch auf diese Form von »Krankheit«. Das zeigt sich etwa in der religionswissenschaftlichen und -soziologischen Literatur, aus der sich so etwas wie ein Idealtyp der CAM-Nutzerin (meistens ist sie weiblich) herausbilden lässt. Trzebiatowska/Bruce (2013) verweisen darauf, dass sich CAM grundsätzlich gerade *nicht* an Personen richtet, die auf der Suche nach einer raschen Lösung für ein spezifisches gesundheitliches Problem sind. Diese Art des Zugangs zu Gesundheit verlange intensive »Arbeit« an sich selbst, die Zeit in Anspruch nimmt, sowie den Willen, das eigene »Mindset« und Routinen langfristig zu überdenken (vgl. 32). Die Autor:innen argumentieren ferner, dass die typische CAM-Nutzerin alternative Angebote nicht deswegen in Anspruch nehme, weil sie durch spezifische Situationen dazu »gedrängt« wurde, sondern viel eher, weil sie grundsätzlich interessiert ist an einer Erhöhung ihres persönlichen Well-Beings (vgl. 22–27). Auf Wunscheltern trifft dies genau nicht zu: Sie möchten in der Regel nicht ihren allgemeinen Gesundheitszustand überdenken, sondern möglichst rasch schwanger werden. Der Wunsch nach »Gesundheit« erfolgt also nicht aus einem intrinsischen Impetus, sondern ist lediglich ein Mittel zum Zweck. Ein undurchlässiger Eileiter beispielsweise soll nicht behoben werden, weil durchlässigere Eileiter ein höheres Well-Being versprechen, sondern nur deswegen, weil er eine Voraussetzung für eine Schwangerschaft darstellt. Anders als dies bei Beschwerden wie etwa physischen Schmerzen der Fall ist, framen Wunscheltern ihr Problem zudem binär. Der Zustand der Unfruchtbarkeit kann nicht »ein bisschen verbessert« werden oder Linderung erfahren durch eine alternative Therapie; die Behandlung kann *nur* erfolgreich oder erfolglos sein, dazwischen gibt es nichts. Die »Erfolglosigkeit« der Akupunktur oder der Einnahme von Globuli wird dann jeden Monat durch den negativen Test erlebt und im subjektiven Empfinden bestätigt. So leuchtet es auch ein, dass Lea (t1) ihre in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen mit TCM hinsichtlich ihrer Kopfschmerzen positiv evaluierte, während dieselbe Therapieform beim unerfüllten Kinderwunsch »nichts geholfen« hat. Hier lässt sich eine Parallele zu chronischen Krankheiten ziehen. Der Hauptgrund für die Inanspruchnahme von CAM bestand für die knapp 1000 befragten Krebspatient:innen der Studie von Molassiotis et al. (2005) ebenfalls darin, dass dadurch die Chancen auf eine Genesung erhöht werden sollten. Weniger als die Hälfte der Befragten gab an, dass CAM diesbezüglich auch tatsächlich als hilfreich wahrgenommen wurde.

Hero (2021: vgl. 379) legt noch einen anderen Fokus, wenn er die idealtypische Motivation für die Nutzung von CAM beschreibt. Ihm zufolge würden vor allem solche Personen Alternativmedizin in Anspruch nehmen, die negative Erfahrungen mit biomedizinischen

zinischen Behandlungen gemacht haben und entsprechend ihr Vertrauen in die Biomedizin verloren hätten.¹³ Solche Personen wenden sich häufig aus biographisch-ideologischen oder »subversiven« (Lüddeckens 2018: 190) Gründen von der »Schulmedizin« ab, weil sie sich im Kontext von CAM mehr Autonomie erhoffen. Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dass Personen mit langjährigem unerfülltem Kinderwunsch auf diese Beschreibung von Hero passen. Tatsächlich ist dies nicht der Fall: Zwar wurde das hierarchische biomedizinische System,¹⁴ die wahrgenommene mangelnde Sozialkompetenz der Ärzt:innen (siehe Ausführungen im 7. Kapitel) oder eine angenommene fehlende »Ganzheitlichkeit« bemängelt, nie jedoch die Methode der künstlichen Befruchtung an sich, selbst wenn sie mehrfach gescheitert ist. Das bestätigt auch Reet Hiimeäe (2017) für das Fallbeispiel Estland. Anders als dies etwa bei Krebserkrankungen der Fall ist, machen Patient:innen hier in der Regel nicht eine fehlende fachliche Kompetenz der behandelnden Ärzt:innen oder eine mangelhafte Technologie dafür verantwortlich, wenn eine Behandlung scheitert (wenn sich also beispielsweise der transferierte Embryo nicht weiterentwickelt) – die Schuld wird vielmehr grundsätzlich in sich selbst verortet. Zum gleichen Schluss kamen Hiadzi/Boafo/Tetteh (2021: vgl. 10) für den ghanaischen, Franklin (2002: vgl. 387) für den englischen und May (1998) für den US-amerikanischen Kontext. May kontrastiert die Situation mit derjenigen einer ungeplanten Schwangerschaft, bei der sehr wohl die Medizin angekreidet wird: »Those who became pregnant while using birth control tend to blame the technology. But infertility patients who do not conceive often blame themselves« (208). So hat auch niemand im vorliegenden Sampling aufgrund eines oder mehrerer erfolgloser IVF-Zyklen aufgehört, biomedizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Wer alternative Methoden ausprobierte, tat dies hier nie als *Ersatz* für eine künstliche Befruchtung, sondern stets *zusätzlich*.

Die Ausführungen verdeutlichen, dass Wunscheltern alternative Methoden nur bedingt als Ressource erleben, wenn sie mit einem biomedizinischen Anspruch an sie herantreten. Auf den ersten Blick könnte man vermuten, dies läge primär daran, dass die Methoden der biomedizinischen Denkklogik widersprechen und »Gesundheit« und »Krankheit« religiös geframt würden, wie dies etwa von Terhi Utriainen argumentiert wird. Dies »may cause unease and concern, especially when it involves non-empirical and otherworldly presences and relations in the midst of a modernist and secular this-worldly setting« (41). Die Involvierung empirisch nicht nachweisbarer Entitäten hat sich aber nicht als Hauptgrund für die Frustration der Wunscheltern erwiesen. Der Hauptgrund für diese besteht in ihrer Erfahrung, dass die Methoden nichts »nützten« – sie wurden nicht »wie versprochen« schwanger. Damit stellt sich die Frage, warum

13 Empirisch liess sich auch die gegenteilige Vorstellung festhalten. So argumentierte Lorena, dass alternativmedizinische Behandlungsmethoden für sie deshalb nicht in Frage kamen, weil sie deren Anwendungsbereich nur auf milde und wenig bedrohliche Krankheiten bezog. So habe ihr Partner »versucht, mit irgendwelchen Kräutern [Original: Chrütli] da vielleicht die Spermien zu stimulieren, [...] wo ich finde HALLO, wir sind jetzt in einem GANZ andere Stadium«. Dieser Deutung zufolge sind alternative Zugänge zeitlich nicht *nach*, sondern wenn dann *vor* den biomedizinischen sinnvoll.

14 Dass auch alternative Settings nicht frei sind von Machtgefällen, zeigt sich an den Ausführungen in diesem Unterkapitel (s.u.) sowie unter 9.4.

alternative Zugänge trotz dieser ernüchternden Feststellung im empirischen Datenmaterial eine solch hohe Relevanz aufwiesen, und warum Personen wie Lea nach ersten negativen Erfahrungen mit alternativen Methoden trotzdem noch eine zweite und dritte ausprobierten. Die plausibelste Antwort liegt in einer Redewendung begründet, die es nur im Schweizerdeutschen gibt und auf die im folgenden Unterkapitel eingegangen wird.

»Nützts nüt, so schadts nüt«

Im Schweizerdeutschen gibt es einen Ausdruck dafür, wenn etwas *sicherheitshalber* getan wird: »Nützts nüt, so schadts nüt« (»etwas nützt oder bringt zwar nichts, schadet aber auch nicht«). Man vollzieht eine Handlung nicht deswegen, weil man überzeugt davon ist, dass diese auf jeden Fall zum angestrebten Ziel führt. Man tut es, weil man nicht sicher weiss, welche Handlungen notwendig sind, um ebenjenes Ziel zu erreichen. Daraus resultiert die durchaus logische Schlussfolgerung, dass jegliche Handlung als sinnvoll erachtet werden kann, die potenziell im Entferntesten mit dem Ziel in Verbindung stehen *könnte*. Dieses Narrativ fand sich häufig als In-Vivo-Code (vgl. 5.2.3) im vorliegenden Material. Rahel verwendete es explizit in Bezug auf das Trinken von Tees und das Einnehmen von Tinkturen, Fiona erklärte damit, warum sie den Yoga-Übungen eine Bedeutung zuschrieb und Jana, warum sie den Fruchtbarkeitstee trank, an dessen Wirkung sie *eigentlich* nicht glaubte.

Wunscheltern haben die Erfahrung gemacht, dass es kein Patentrezept gibt, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen – sie wissen nicht, was schlussendlich den Ausschlag geben könnte, dass sich bei ihnen eine bleibende Schwangerschaft einstellt. Viele sind bereit, sehr viel zu tun, um das herauszufinden – wie Vera (t1) es ausdrückte: »ich bin ziemlich bereit, eigentlich alles zu machen für ein Kind«. Dieser Selbstanspruch, alles erdenklich Mögliche zumindest ausprobiert zu haben, wurde bereits im 7. Kapitel aufgeführt. Es hat sich gezeigt, dass dieser Imperativ nicht nur biomedizinische Fruchtbarkeitsbehandlungen umfasst, sondern teilweise auch alternative Ansätze. In der Literatur wird diese Motivation häufig als »Verzweiflung« benannt. So schreiben beispielsweise Roudsari/Allan/Smith (2007) mit Verweis auf eine in Pakistan durchgeführte Studie (Bhatti/Fikree/Khan 1999), dass sich viele ungewollt kinderlose Frauen in ihrer Verzweiflung an »spirituelle« Heiler:innen wenden würden (vgl. 145). Der Verzweiflungs-Topos wird damit begründet, dass die Inanspruchnehmenden eigentlich nicht wirklich an die Wirksamkeit der Methoden glauben, sie aber als letzte Anlaufstelle sehen, den Kinderwunsch doch noch zu erfüllen. Tatsächlich lässt sich auch nachweisen, dass alternative Methoden häufig von Personen in Anspruch genommen werden, denen im biomedizinischen Kontext nicht geholfen werden konnte; die zum Beispiel keine klare Diagnose bzw. Behandlung angeboten erhielten (vgl. Hero 2021: 379). Die Deutung, dass diese Menschen entsprechend »verzweifelt« seien, schreibt ihnen – in diesem Fall den Wunscheltern – jedoch eine Opferrolle sowie eine daraus resultierende Irrationalität zu. Das missachtet, dass die Inanspruchnahme alternativer Methoden Teil einer bewusst oder unbewusst gewählten Coping-Strategie sein kann, im Rahmen derer nicht die Methode an sich, sondern der Akt des Inanspruchnehmens bedeutungstragend ist. So formulierten es auch Bailey/Ellis-Caird/Croft (2017) in Bezug auf ihre Interviewpartner:innen:

»Although participants were aware that some alternative treatments had limited effectiveness, it was the act of trying something which was seen as important« (330).

Dass die »Nützt nüt, so schadts nüt«-Kalkulation so häufig zugunsten der Inanspruchnahme alternativer Ansätze ausfällt, hat mit einem spezifischen Vorteil dieses Zugangs zu tun: Sie gehen meistens nicht mit einem hohen Aufwand einher. Niedrigschwelligkeit benennt Hero (2021: vgl. 377) als einen der Faktoren, die die Attraktivität alternativer Methoden ausmachen. Einen Tee oder eine Tinktur zu einem spezifischen Zeitpunkt im Zyklus einzunehmen oder eine Yoga-Übung durchzuführen, sind weder finanziell noch emotional oder körperlich hohe Investitionen. Die Kosten-Nutzen-Abwägung ist dementsprechend in der Regel positiv. Man muss wenig investieren bzw. geht kein nennenswertes Risiko ein und erhält im schlimmsten Fall nichts, im besten Fall wird man schwanger – »nützt nüt, so schadts nüt«. Ausserdem ist es, anders als im Kontext eines IVF-Zyklus, jederzeit einfach möglich, wieder damit aufzuhören. Diese Eigenschaft macht alternative Ansätze auch für Personen zugänglich, die ihnen gegenüber grundsätzlich skeptisch eingestellt sind und sie einfach einmal für eine Zeitlang ausprobieren möchten. Rahel hörte beispielsweise wieder mit dem Tee-Trinken auf, weil es Sommer wurde – »irgendwie Tee Trinken im Sommer ist dann nicht so mein Ding« (t2). Die Art, wie Rahel über das »Tee-Trinken« spricht, verdeutlicht nochmals, wie inadäquat eine pauschale Zuschreibung von »Verzweiflung« ist. Wunscheltern begegnen der »Nützt nüt, so schadts nüt«-Kalkulation i.d.R. selbstbewusst und emotional abgeklärt.

Die Kosten-Nutzen-Abwägung kann aber nur zugunsten der alternativen Methoden ausfallen, solange ihnen *tatsächlich* kein Schaden zugeschrieben wird. Das ist dann nicht mehr der Fall, wenn dafür unvorhergesehene finanzielle, emotionale oder physische Kosten anfallen, die als nicht gerechtfertigt erachtet werden. Ein Beispiel für finanziellen Schaden liefert Vera. Sie verzichtete auch deswegen auf die Weiterführung der Akupunktur-Therapie, weil ihre Krankenkasse die Behandlungen nicht übernahm. Emotionale »Kosten« können anfallen, wenn die Therapieform sich negativ auf das psychische Wohlbefinden der Wunscheltern auswirkt, beispielsweise wenn alternative Expert:innen eine Selbstverschuldung am unerfüllten Kinderwunsch implizieren. Dieser Aspekt wird weiter unten genauer erläutert. In Anjas Ausführungen lässt sich eine dritte Form von zugeschriebenem »Schaden« identifizieren, und zwar auf physischer Ebene. Sie erhielt von alternativen und biomedizinischen Expert:innen divergierende Anweisungen in Bezug auf die Ernährung. Die TCM-Heilpraktikerin riet ihr dazu, mehr Tofu zu essen, während der Beipackzettel eines ihrer Medikamente sie darüber informierte, dass Sojaprodukte die Aufnahme des Wirkstoffs hemmen könnten. Anja musste nicht zweimal überlegen, wem sie mehr Autorität zuschrieb, dem biomedizinischen Beipackzettel oder der alternativen Ernährungsberatung – und verzichtete fortan auf den Tofu-Konsum. Hier wird die Bedeutung des Labels »Alternativität« dieser Zugänge sehr explizit bedeutsam: Wenn beide die gleichen, sehr spezifischen Bereiche für sich beanspruchen (wie etwa die Ernährung), werden sie direkt miteinander verglichen. Als »Default« wird die konventionelle Medizin dabei tendenziell mehr Autorität erfahren.

Und schliesslich kann auch die Erkenntnis, dass alternative Methoden zwar nicht schaden, aber eben auch nicht nützen, an sich zermürbend sein. Vera beispielsweise erzählte im zweiten Interview:

ich habe aufgegeben, irgendetwas zu finden, was hilft [dass ich schwanger werde], weil ich habe so viel probiert, es ist mehr so ein, (1) halt, okay, ich kann es nicht erzwingen oder ich kann nicht irgendetwas probieren und das ist dann DIE Lösung (Vera t2)

Als Mittel zum Zweck werden alternative Methoden folglich als Bestandteil der Strategie, alles ausprobieren zu wollen, sowie als Teil einer »Nützte nüt so schadts nüt«-Kalkulation relevant und zum Teil des *Doings* von Wunscheltern. Dabei hält sich sowohl ihr Potenzial als Coping-Strategie wie auch das Risiko für eine Belastung in Grenzen. Anders sieht es aus, wenn Wunscheltern diese Methoden aus einer anderen Motivation heraus nutzen – nicht als Mittel zum Zweck, schwanger zu werden, sondern bewusst als emotionale Ressource.

8.3.2 Besserer Umgang mit der Krisensituation

Alternative Angebote werden nicht nur aufgrund des expliziten Ziels verfolgt, die Chancen auf eine bleibende Schwangerschaft zu erhöhen. Es kann auch darum gehen, dass sich die Wunscheltern dadurch eine emotionale Entlastung erhoffen. Quantitativ und in Bezug auf die vorliegenden Daten bezogen war dies auffallend selten der Fall. Konkret waren es nur Vera, Lea und Fiona,¹⁵ welche alternative Dienstleistungen (auch) aus dieser Motivation heraus aufsuchten.

Sowohl die Wunscheltern wie auch die Anbietenden verorten die Methoden auf verschiedenen Ebenen als potenzielle emotionale Ressource. Als wichtigstes Ziel wird von beiden benannt, dass sich die Klient:innen nach einer oder mehreren Sitzungen besser, »entspannter« fühlen, »Ruhe in die Situation bringen« und ihnen das Gefühl vermittelt werden sollte, nun weniger gestresst zu sein oder einen Umgang damit gefunden zu haben, den unerfüllten Kinderwunsch nicht mehr als umfassendes persönliches Defizit zu begreifen. Diese Motivation fand sich insbesondere bei Vera, die im Folgenden auf eine Hypnosetherapie verweist:

ich wollte einfach ein wenig mehr Ruhe reinbringen, und das [die Hypnose] hat wirklich sehr gut funktioniert, also ich kann jetzt, (1) danach komplett abschalten, also ich weiss auch gar nicht mehr, an welchem Zyklustag nach dem Eisprung ich bin und generell, also es hat wirklich gut was gebracht, [...] auch in den zwei Wochen, in denen wir eigentlich gewartet haben darauf, hats geklappt oder nicht, ich musste nicht mehr non-stop dran denken (Vera t2)

Der alternative Zugang wird hier von Vera deswegen positiv bewertet (»das hat wirklich sehr gut funktioniert«), weil sie ihm zuschreibt, dadurch psychisch besser mit der Situation umgehen zu können. Sie konnte für eine Zeitlang »abschalten« und musste nicht mehr andauernd an ihren unerfüllten Kinderwunsch oder die Behandlungen denken. Auffällig daran ist, dass diese Beschreibung vergleichbar mit den Zielen psychotherapeutischer Behandlungen ist. Vera selbst zieht hier auch einen Vergleich. Sie habe früher

15 Bei Fiona lag die emotionale Ressource der alternativen Dienstleistung (dem Fertility-Yoga) jedoch insbesondere darin, dass sie der Yoga-Lehrerin die Autorität zusprach, sie von ihren Schuldgefühlen »freizusprechen«. Daher wird ihr Fallbeispiel im 9. Kapitel näher ausgeführt.

u.a. auch wegen ihres unerfüllten Kinderwunsches, bereits psychotherapeutische Angebote in Anspruch genommen:

ich habe ja Therapieerfahrung, und ich habe das Gefühl, bei der Therapie räumst du so oben alles auf und mit der Hypnose hast du wirklich so, gehst du so in den Keller und räumst den Keller auf, [...] es hat wie einen Knopf gelöst (Vera t2)

In Veras Augen bleibt eine konventionelle Psychotherapie an der Oberfläche der Probleme, während die Hypnose den »Knopf« im »Keller« löst – also die »tieferliegenden« Ursachen behebt. Hier wird die religionswissenschaftliche Relevanz dieser Art der Behandlung im Vergleich zu psychotherapeutischen Ansätzen deutlich. Wie weiter unten ausgeführt wird, hatte Vera die Befürchtung, sie »sollte« keine Kinder haben, weil sie ihre eigene Kindheit in negativer Erinnerung hat. An dieses Thema wurde sie im Rahmen der Hypnosetherapien herangeführt. Sie habe dann daran gearbeitet, ihrer eigenen Mutter zu »verzeihen« und im hypnotisierten Zustand aus der »Reihe« der »Verbindung von schlechten Müttern« auszutreten. An diesem Beispiel lässt sich ein konkreter Unterschied zu psychotherapeutischen Behandlungen ausmachen. Bei einem alternativen Zugang wie der Hypnose geht es stets auch darum, dem Schmerz oder dem Leiden eine Bedeutung zuzuschreiben. Das beschreibt Beatrix Hauser (2021) in Bezug auf Yoga. Es gehe dabei auch um ein »reframing disorder and suffering in meaningful terms« (299). Bereits die Adressierung und Suche nach Bedeutung kann einen therapeutischen und im emischen Sinne »wirksamen« Effekt erzielen. Durch die Hypnose konnte Vera den belastenden Gedanken und die behaftete Beziehung zu ihrer Mutter thematisieren und in Zusammenhang mit ihrer jetzigen Situation bringen – und ihn auch gleichzeitig bearbeiten oder sogar ganz beheben (»den Knopf gelöst«).

Auf einer weiteren Ebene werden alternative Zugänge im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches potenziell als »kraftspendend« gedeutet, wenn das Ziel darin besteht, weiter an der Erfüllung des Kinderwunsches zu »arbeiten«. Céline, die Hypnosetherapeutin, führt aus, dass sie insbesondere dann eine Ansprechperson sei, wenn Frauen eine Fehlgeburt oder andere Rückschläge erlitten haben, die mit der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin zusammenhängen können:

da ist die Hypnose etwas, um Ruhe zu finden, um sich wieder mit sich zu verbinden, um den Körper zu spüren, (1) das sind wichtige Momente, hier Mut zu schöpfen und Kraft zu schöpfen, ums wieder zu probieren (Céline)

Hypnose könne auch in Situationen dienlich sein, in denen eine Klientin gerade in einer Entscheidungsfindungsphase sei. Sie helfe, die persönlich »richtige« oder »wahre« Entscheidung zu finden.¹⁶

Diese Ausführungen zeigen, dass die Grenzen zwischen der Inanspruchnahme der Methoden als Mittel zum Zweck, schwanger zu werden sowie als Mittel, um eine emotionale Entlastung zu finden, verwischen können. Wenn der Zweck beispielsweise einer Hypnose darin begründet liegt, dass man »Kraft schöpft ums wieder zu probieren«, so

16 Was damit genau gemeint ist, wird im 9. Kapitel genauer ausgeführt.

steht dies nach wie vor unter dem übergeordneten Ziel, schlussendlich schwanger bzw. Mutter oder Vater zu werden. Auch in der medizinischen Literatur dazu wird dies deutlich. So stellen beispielsweise Rosenthal et al. (2019) die Frage, ob Fruchtbarkeits-Yoga zur Stressreduktion bzw. zum Generieren von »Hoffnung« beiträgt. Dabei argumentieren sie:

Given that many infertility patients stop treatment prematurely due to stress and feelings of discouragement, the techniques used in Fertile Yoga class could ultimately provide our patients the emotional energy and skills necessary to continue with fertility treatment and succeed (Rosenthal et al. 2019: 210).

Bereits im 7. Kapitel wurde beschrieben, wie Hoffnung als einer der relevantesten Treiber für die kontinuierliche Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin wirkt. Die emotionale Entlastung hinsichtlich »stress and feelings of discouragement« und das Generieren von Hoffnung dient folglich nicht (nur) dem allgemeinen psychischen Wohlbefinden der Wunscherltern, sondern wird zum Mittel zum Zweck, dass Wunscherltern es weiter versuchen mit den Behandlungen.

Auch für die Wunscherltern müssen diese Grenzen nicht immer eindeutig sein, was ein anderes Zitat von Vera zeigt, die sich im Folgenden auf ihre Erfahrung mit TCM bezieht:

also ich hatte jetzt GAR nicht das Gefühl gehabt, dass das etwas löst und ich bin ja auch nicht wie versprochen dann schwanger geworden, ähm, ja, also ich habe nichts gemerkt von gelösten Blockaden oder so (Vera t2)

In diesem Zitat wird deutlich, dass die Ansprüche an alternative Methoden divers sein können. Vera hat TCM offensichtlich *auch* deswegen ausprobiert, weil sie sich erhoffte, dadurch ihre Chancen auf eine Schwangerschaft zu erhöhen (s.o.). *Ausserdem* hat sie »nichts gemerkt von gelösten Blockaden«. Ob es bei diesem Lösen der »Blockaden« primär darum geht, eine emotionale Stabilität wiederherzustellen *oder* ob es als notwendig erachtet wird, damit der Körper eine Schwangerschaft zulassen kann, bleibt unklar. Naheliegend ist jedoch, dass sich die Bedürfnisse und die Ansprüche an die alternativen Angebote im Verlauf der Betroffenheit verändern können. An einer anderen Stelle im Interview führt Vera aus, sie habe »aufgegeben, irgendetwas zu finden, das hilft«, sie habe bereits »so viel probiert« und »kann es nicht erzwingen oder irgendetwas probieren und das ist dann DIE Lösung« – vielmehr schaue sie jetzt, dass es ihr selbst »gut geht«. Das Fallbeispiel von Vera zeigt, wie Wunscherltern alternative Methoden situativ so nutzen, wie es ihren akuten Bedürfnissen entspricht.

8.4 Bewertung alternativer Inhalte

In diesem Unterkapitel soll die Frage vertieft werden, inwiefern der wahrgenommene Inhalt alternativer Deutungen für Wunscherltern ermächtigend oder belastend sein kann. Unabhängig davon, ob die Deutung innerhalb oder ausserhalb einer CAM-Dienstleis-

tungssituation vorgenommen wird, impliziert sie immer die Annahme, dass die betroffenen Individuen selbst einen Einfluss auf die Krisensituation haben (können). Diese Vorstellung, so hat sich gezeigt, ist für Wunscheltern von einer starken Ambivalenz geprägt. Einerseits wird sie als empowernd erlebt, wenn die Deutung es ermöglicht, ein Gefühl der Handlungsmacht und Kontrolle in einem Prozess zu bewahren oder zurückzuerlangen, der unkontrollierbar scheint (vgl. 8.4.1). Andererseits folgt aus dieser Logik der Bedeutungszuschreibung auch ein potenzielles Zuschreiben von Schuld: Wer die implizierte Selbstverantwortung nicht wahrgenommen hat, ist in diesem Sinne schuld an der Situation. Gerade das hat im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches das besondere Potenzial, relevant zu werden (vgl. 8.4.2).

8.4.1 Ressource

Handlungsmacht statt Passivität

Biomedizinische Fruchtbarkeitsbehandlungen forcieren geradezu ein Gefühl der Fragmentierung (vgl. 7. Kapitel). Ihnen ist inhärent, dass die Kontrolle über den Prozess von den Patient:innen auf die Mediziner:innen übertragen wird. Es sind mehrheitlich die medizinischen Expert:innen, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung über die zugeschriebene Kompetenz, Verantwortung und fachliche Entscheidungsmacht verfügen. Die individuellen Bedürfnisse der Patient:innen werden nur peripher adressiert, vielmehr geht es um das Beheben eines klar umrissenen Problems durch das Erzielen einer bleibenden Schwangerschaft. Diesem Problem wird in der Regel immer mit einem ähnlichen Schema begegnet: Entnahme von Eizelle und Spermien, künstliche Befruchtung in der Petrischale mit anschließendem Transfer des so gezeugten Embryos. Das Prozedere impliziert eine gewisse Passivität der behandelten Person. Wunscheltern haben, etwas überspitzt formuliert, nichts mehr zu tun als sich schlicht an die Anweisungen der Mediziner:innen zu halten. Persönliches Engagement, wie es sich empirisch so häufig in Form einer Eigenrecherche zum Ziel des Aneignens medizinischen Hintergrundwissens nachweisen liess, ist nicht gefragt. Daraus resultiert ein Bild von Patient:innen als passive Entitäten, die sich bestenfalls als kooperativ zeigen (vgl. 7.2 und vgl. Vogd 2012: 73).

In der Struktur alternativer Angebote ist eine andere Beziehung zwischen Expert:in und Inanspruchnehmenden angelegt. Das zeigt sich bereits in der Bezeichnung für die gemeinten Individuen. So sprachen alle alternativen Expert:innen im vorliegenden Sampling von »Klientinnen« oder »Kundinnen«, ¹⁷ nie jedoch von »Patientinnen«. Ich wurde dahingehend sogar von Claudia korrigiert, als ich einmal mit diesem Begriff auf die Personen referierte, die ihre Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Das zeigt, dass es ihr ein wichtiges Anliegen ist, in welcher Beziehung sie sich selbst zu den Wunscheltern sieht. Für einige der von mir interviewten Wunscheltern stellten alternative Angebote dementsprechend eine Möglichkeit dar, den von ihnen als passiv wahrgenommenen Status als »Patient:in« umzuwandeln in denjenigen eines aktiv handelnden Subjekts, sodass sie ein Gefühl von Kontrolle und Verantwortung (zurück-)erlangten (vgl.

17 Diese Wortwahl hat auch mit der Marktsituation zu tun, in welche alternative Angebote eingebettet sind (vgl. dazu Hero 2018).

Lüddeckens 2018: 188f.). Fiona beispielsweise betonte im Interview, dass sie sich in ihrer Kommunikation mit ihrer Yogalehrerin Sara nie als »Patientin« erlebte, sondern die Interaktion als auf Augenhöhe stattfindend wahrnahm. Unter anderem wurde sie in einem Gespräch mit ihr darauf aufmerksam gemacht, dass womöglich nicht nur medizinisch messbare Faktoren relevant sind bei einer Kinderwunschbehandlung. So sprachen sie auch über die Ernährung als potenziell relevante Grösse bei der Frage nach den Gründen für einen unerfüllten Kinderwunsch. Im Interview führt sie dann aus:

Schulmediziner, glaube ich, haben keine Ahnung von Ernährung <lacht>, ist so langsam mein Eindruck, die denken alle so ein wenig »joa Ernährung, interessiert doch niemande«, [...] ich glaube einfach, gerade bei so einem Thema habe ich das Gefühl, wäre es eben eigentlich schon wichtig, dass du es viel (1) breiter anschaust als halt nur eben Medizin und Hormonwerte und keine Ahnung, ob alle Organe da sind (Fiona)

Diese Erfahrung der Interaktionen mit Sara ermächtigte Fiona dazu, biomedizinische Behandlungsformen zu evaluieren – sie kritisiert hier, dass die »Schulmediziner« die Abklärungen und Diagnosen exklusiv auf Fakten hinsichtlich ihrer *reproduktiven* Gesundheit beschränkt haben (wie die Eizellreserve und -qualität oder das Spermogramm ihres Mannes), statt auch mögliche Einflüsse ihrer Lebensweise in den Diagnosen zu berücksichtigen (wie etwa ihre vegetarische Ernährung oder die Tatsache, dass sie Intervall-Fasten betreibt). In Fionas subjektiver Wahrnehmung kam es damit gewissermassen zu einer Umkehrung von den der Biomedizin inhärenten Machtstrukturen. Die Wissensvermittlung erfolgte nicht, wie es typisch gewesen wäre, unidirektional von der Ärzt:in an die Patient:in. Vielmehr konnte Fiona eine aktivere Rolle einnehmen, indem sie sich selbst zuschrieb, über *Wissen* zu verfügen. Ferner ist hier relevant, dass Fiona durch den alternativen Zugang eine konkrete handlungsleitende Konsequenz ziehen konnte. Sie passte danach ihre Ernährung an und besuchte zusätzlich eine Ernährungsberatung. Genauso wie im Fall der bereits erwähnten Homöopathin Rita, die Wunscheltern zu einer bewussten Wahl des Bücher- und Filmkonsums rät, handelt es sich hierbei um eine verhältnismässig leicht umsetzbare Umstellung der Alltagsroutine. Solche Handlungen – das leichte Anpassen der Ernährung oder das bewusste Vermeiden von Krimi-Literatur – mögen nach aussen hin nichtig erscheinen. Betrachtet man alternative Zugänge jedoch als potenzielle emotionale Ressource, wird deutlich, dass es hierbei nicht um die Handlung an sich geht, sondern um die ermächtigende Bedeutung, die ihr von den Wunscheltern zugeschrieben wird.

Kontrolle über den Körper

Neben einer gefühlten Passivität kann die oben beschriebene, durch die reproduktionsmedizinischen Eingriffe ausgelöste Fragmentierung auch mit einem Gefühl des Kontrollverlusts einhergehen. So stellen einige der Betroffenen ein irritiertes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper fest. Sie begehren eine körperliche Veränderung (eine Schwangerschaft), die ihr Körper gegenwärtig nicht hervorbringen zu können scheint. Sie beschrieben beispielsweise, dass sie ihren Körper »nicht verstehen« oder »verlernt« haben, ihm die Prozesse zuzutrauen, für die er ja »eigentlich da wäre«. Einige, wie beispielsweise Vera, Anja und Maria, beschrieben dieses Fremdheitsgefühl gegenüber ihrem Körper u.a.

im Kontext ihrer Ausführungen zu den Hormontherapien, die ihnen von ärztlicher Seite her zwecks Zyklusstimulation verordnet wurden. Unter anderem deshalb scheint bei einigen das explizite Bedürfnis zu resultieren, sich mit dem Körper (wieder) zu verbinden, sodass beide (das »Selbst« und der »Körper«) gewissermassen am gleichen Strang ziehen: Der Körper muss die Schwangerschaft auch »wollen«. Auch das empirische Material von Grunberg et al. (2021) (eine Untersuchung von Online-Foren für Betroffene) verweist auf dieses Bedürfnis. So schrieb eine Frau in ein solches Forum, dass sie Yoga und Meditation ausprobierte, denn »I felt it made me feel like I was doing something to help my body want to have a baby« (8, Herv. L.B.). Die Sprecherin differenziert hier zwischen sich selbst (»I«) und ihrem Körper (»my body«), als würde es sich dabei um zwei voneinander getrennte Entitäten handeln. Gegenwärtig scheint sie ihren Körper so zu erleben, dass er gegen sie arbeitet oder sich zumindest nicht an der Umsetzung ihres Kinderwunsches beteiligt. Es ist dabei sicher auch kein Zufall, dass Yoga und Meditation in diesem Post als Mittel verstanden wurden, um das irritierte (fragmentierte) Körpergefühl zu adressieren. So ist es der Logik »ganzheitlicher« Ansätze inhärent, dass Körper und Selbst intrinsisch verbunden sind und miteinander interagieren. Nicole Regli, die als Kinderwunschcoach bzw. »mental coach« aktiv ist, betonte im YouTube-Gespräch mit Bea,¹⁸ die »emotionale Seite« sei wichtig, »weil das ja schlussendlich auch wieder Einfluss hat auf den Körper«. Noch expliziter wird das Narrativ bei Claudia, der TCM-Heilpraktikerin. Sie verbalisiert das »Selbst« im folgenden Interviewausschnitt als »Mindset« und als »Gedanken«:

was mir immer wichtiger wird, ist auch das Mindset, (1) also, (2) es kommt halt so drauf an, wie man denkt, (1) also das ist für mich so sonnenklar geworden, (1) unsere Gedanken, (3) das, das ist einfach superwichtig, (1) also unsere Gedanken sind ja Energie, (1) es ist ALLES Energie, wir sehen sie halt nicht, [...] da kann man so viel, (1) so viel machen, indem man einfach anders zu denken beginnt, nicht »mein Körper schafft das nicht, und ich kann das eh nicht, und es geht eh nicht, und alle anderen und nur ich nicht« (Claudia)

Die Annahme, dass schlechte Gedanken, Angst und Sorgen allgemein eine »emotional imbalance« verursachen können, ist typisch für alternative Ansätze (vgl. Hauser 2021: 305). In dieser Logik existieren Gedanken unabhängig vom Rest des Körpers. Sie sind »Energien«, die die Prozesse im Körper massgeblich beeinflussen. Eine positive Grundhaltung sich selbst gegenüber, so die Schlussfolgerung, ist eine Voraussetzung dafür, dass der Körper auch »mitspielt«. Im Gespräch mit Claudias Klient:innen gehe es folglich auch darum, das Vertrauen in den eigenen Körper wieder zu stärken und mehr Selbstbewusstsein zu fassen.

Dem Erstreben, die mentalen und die körperlichen Ebenen des »Selbst« (wieder) zu vereinen, wird nicht nur im Kontext alternativmedizinischer Dienstleistungen begegnet. Wunschertern tun dies auch in einer *individuellen Reflexion*. So beschrieben viele, dass sie alles darangesetzt hätten, ihren Körper geistig im Erzielen einer anhaltenden Schwangerschaft zu unterstützen, indem sie »positiv« waren. So führt etwa Jana aus:

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

J: ich habe einfach immer probiert, so positiv wie möglich zu denken, (1) einfach dass, ich habe das Gefühl gehabt, wenn, wenn man negativ denkt, dann kommt es einfach auch schlechter, (1) weil ich kenne, also ich habe mittlerweile viele kennengelernt, die x ICSI hatten und es funktioniert einfach nicht (2)

I: und das waren Leute, die negativ eingestellt waren?

J: habe ich schon das Gefühl, ja

Typisch für die alternative Sichtweise, die Jana in diesem Moment des Interviews einnimmt, ist die Referenz auf persönliche Erfahrungen als Legitimation. Schon mehrfach habe sie beobachtet, dass die negativ eingestellten Paare erfolglos blieben – und das schreibt sie nicht medizinischen Fakten, sondern (auch) dieser Einstellungshaltung der Paare zu. Vera (t1) gelangte zu einer ähnlichen Erkenntnis und schloss daraus spezifische Handlungsanweisungen:

irgendwann hab ich gedacht, äh, ich bin zu negativ, DARUM klappt es nicht, dann habe ich wirklich mega an meiner Einstellung gearbeitet, war mega positiv, habe mir sogar Kärtchen geschrieben mit positiven Sätzen drauf (Vera t1)

Für Vera war die Prämisse, dass positive Gedanken einen Einfluss auf die Ergebnisse reproduktionsmedizinischer Eingriffe haben, auch an anderer Stelle handlungsleitend. So berichtete sie im zweiten Interview, sie fühlte sich in der Klinik unwohl und wenig wahrgenommen. Daraus zog sie die Konsequenz, dass es womöglich besser wäre, die Klinik zu wechseln – nur so hätte sie für die Behandlungen »die besten Voraussetzungen«.

Diesem Narrativ der Wechselwirkung zwischen Gedanken und körperlicher Leistungsfähigkeit wird empirisch allgemein viel Plausibilität zugeschrieben. Es muss nicht unbedingt – wie im Fall von Vera und Jana – eine so klar ausformulierte Maxime sein, die als Grundvoraussetzung dafür betrachtet wird, dass man überhaupt schwanger werden kann. Viel eher geht es häufig auch darum, dass ein »positiver Zugang« auf jeden Fall als »nicht schädend« verstanden wird. Das wird etwa im empirischen Material von Grunberg et al. (2021) ersichtlich. Eine Frau schrieb in ein Forum »I did my best in case negativity had an effect on the treatment. I too did yoga, meditation, and tried not to think negatively« (10, Herv. L.B.). Das Vermeiden des »negativen Denkens« scheint hier eher eine Idee oder ein Ideal zu sein, an dem man sich zu orientieren versucht – einfach für den Fall (»in case«), dass die persönliche Einstellung einen Einfluss auf die körperliche Leistungsfähigkeit bedeuten *könnte*.

»Manifestieren« des Wunschkindes

Eine explizite Form des »positiven Denkens« ist das sogenannte »Manifestieren«. Die Idee dabei besteht darin, dass sich ein Bedürfnis erfüllt, wenn man sich etwas intensiv und explizit (sprachlich) wünscht. Dabei soll auch eine Welt imaginiert werden, in der die Erfüllung des Wunsches bereits eingetroffen ist. Interessanterweise wird das Manifestieren – insbesondere in den sozialen Medien – nicht nur als Methode für die Erfüllung grundlegender und lebensverändernder Wünsche präsentiert, sondern auch für eher all-

täglich oder konsumorientiert erscheinende Sachverhalte. Das geht über den Wunsch nach dem Finden eines Parkplatzes (»Ich manifestiere einen Parkplatz«) bis hin zum Besitz eines Autos oder Wohneigentums.

Das Manifestieren macht einen wesentlichen Aspekt des »ganzheitlichen« Zugangs zum Thema unerfüllter Kinderwunsch explizit deutlich: dass damit ein Gefühl der Selbstermächtigung und der Kontrolle über als vermeintlich unkontrollierbar erlebte Situationen einhergehen kann. So beschreibt eine Studentin in einem Blog auf der Website studysmarter.de über das Manifestieren:

Denn eine der wichtigsten Erkenntnisse, die ich auf meiner Reise der persönlichen Weiterentwicklung gelernt habe, war die Erkenntnis, dass ich niemals Opfer, sondern immer Schöpferin meines Lebens bin.¹⁹

Damit verbunden ist also die Vorstellung, dass man selbst sein Leben kreiert oder eben »schöpft« und den Ereignissen nicht als passives Opfer ausgeliefert sein muss. Die Logik, die als Erklärung für die »Funktionsweise« des Manifestierens herbeigezogen wird, ist kompatibel mit alternativen Zugängen, wie es die Ausführungen auf der Website yogahome.org deutlich machen:

Laut des Gesetzes der Anziehung zieht Gleiches Gleiches an. Das heißt: Wenn Du eine bestimmte Frequenz aussendest, dann kommen Dinge, Menschen und Erlebnisse in Dein Leben, die auf derselben Frequenz schwingen. Wenn Du also die Überzeugung aussendest »Ich bin reich.«, kommt Geld wie von allein zu dir.²⁰

Diese Vorstellung passt auch zum weiter oben ausgeführten Ganzheitlichkeitskonzept. Für das persönliche Wohlbefinden sind nicht nur objektiv messbare körperliche Variablen ausschlaggebend, sondern eben auch das »Mindset«. Wer ein »positives Mindset« hat – sich also beispielsweise als »reich« und »glücklich« manifestiert – kann damit tatsächliche Veränderungen in sich selbst sowie in der lebensweltlichen Umwelt erreichen.

Im empirischen Material zeigte sich das »Manifestieren« als Methode explizit nur an einzelnen Stellen. In einer Instagram-Story beschreibt etwa die Influencerin Anna Adamyan, die im August 2023 nach vielen gescheiterten künstlichen Befruchtungen Mutter wurde, sie habe gewisse »Momente« mit ihrem Sohn bzw. ihrem Partner, der nun Vater ist, »all die KiWu Jahre über manifestiert«. Konkret geht es um die Situation, in der sie ihren Sohn über die Bande ins Fußballfeld hebt, um ihn ihrem Mann zu überreichen. Ihrer nachträglichen Bewertung zufolge, dass das Manifestieren spezifischer Momente ihr »immer Hoffnung geschenkt« hat, deutet darauf hin, dass es ihr als Ressource gedient hat:

Das sind Momente, die ich all die KiWu Jahre über manifestiert habe – für mich selbst. Sie haben mir immer Hoffnung geschenkt, vor allem an ganz dunklen Tagen. Früher

19 Vgl. <https://www.studysmarter.de/magazine/manifestieren-bedeutung-beispiele/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

20 Vgl. <https://www.yogahome.org/yoga-blog/artikel/manifestieren-spirituell-wissenschaftlich>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

war ich immer die, die ihren Freundinnen geholfen hat, deren Kids über die Bande zu heben. Ich habe das immer gern getan, aber innerlich immer gehofft, es selbst erleben zu dürfen. Gerade schreibe ich diese Zeilen auch wieder mit Tränen in den Augen, weil ich einfach so dankbar und froh bin. Gleichzeitig kommen immer wieder all die Emotionen von früher hoch. Wirklich verrückt. Ich hoffe, dass all diese, die ihren Moment manifestieren, diesen bald erleben dürfen!²¹

Interessanterweise ist die Idee, dass das intensive Wünschen und Herbeisehnen einer Sache oder eines Umstandes eine tatsächliche Veränderung der Umwelt mit sich bringt, vergleichbar mit einem spezifischen Verständnis von »Glauben« im institutionell-religiösen Kontext. Nicht alle der befragten gläubigen Personen im vorliegenden Sampling sahen »Glauben« als »berechnendes« Mittel zum Zweck, ihren Wunsch in Erfüllung zu bringen. Sabine hingegen beschrieb genau dies als einen Aspekt des Glaubens:

ich hatte einfach eine Freude zu glauben und zu glauben und zu glauben, dass das kommen wird für mich, und Anfang des Jahres 2015 habe ich in mein Tagebuch geschrieben »ich glaube daran, dass ich in diesem Jahr schwanger werde und mein eigenes Kind in die Arme schliessen, und sehr bald werde in die Arme schliessen« (Sabine)

Kurze Zeit später, nachdem sie ihren Wunsch sprachlich klar formuliert und schriftlich festgehalten hatte, hatte Sabine »out of the blue« einen positiven Schwangerschaftstest und wurde mit 39 das erste Mal Mutter. Indem sie das zeitliche Aufeinanderfolgen der Ereignisse (der intensive, bewusste und repetitive Akt des Glaubens einerseits, der positive Test andererseits) hervorhebt, schreibt sie ihrem kontinuierlichen Glauben eine performative Wirkung zu. Insofern sind Sabines Deutungszuschreibungen sehr vergleichbar mit denjenigen von Anna Adamyan und könnten ebenfalls als »Manifestieren« beschrieben werden. Das ist deswegen besonders interessant, weil sich Evangelikale in den Interviews ablehnend gegenüber alternativen Zugängen geäußert hatten (s.u.) und Sabine ihren Glauben wohl kaum als ein »Manifestieren« beschreiben würde. Das zeigt, wie Individuen trotz divergierender Selbstverortungen situativ zu ähnlichen Schlussfolgerungen oder Handlungsanweisungen gelangen können.

Die Praxis des Manifestierens trat erst vor Kurzem in den gesellschaftlichen Mainstream. Neu ist die Idee allerdings nicht – der historische Hintergrund liegt in der US-amerikanischen Bewegung des »New Thought«, auch »mind cure movement« genannt. Relevant dabei war das »Law of Attraction« – also die Vorstellung, dass »Gleiches Gleiches anzieht«, und dass dies auf Menschen und ihre Gedanken übertragbar wäre (vgl. Duclow 2002; Redden 1999).²² Auf genau dieses »Gesetz« wird heute beim Manifestieren verwiesen. Es erfährt zunehmend Aufmerksamkeit in den Medien und in populärwissenschaftlichen Publikationen, positive wie auch kritische – selten wertneutrale.²³ Trotz der relativen Neuartigkeit ist es auffällig, dass es bis anhin kaum

21 Instagram-Story von Anna Adamyan, gepostet am 15.05.2024, Link zum Profil: <https://www.instagram.com/annaadamyan/>.

22 Ich danke Terhi Utriainen für diesen Hinweis.

23 Journalistische, theologische, psychologische und soziologische Autor:innen äussern sich in populärwissenschaftlichen Büchern, Podcasts oder Gesprächsrunden zu dem Thema, darunter auch et-

religionswissenschaftliche Beiträge zum Manifestieren gibt. Gerade die zunehmende Popularisierung und der breite »Anwendungsbereich« der Praxis, der sich nicht nur auf existenzielle Wünsche (wie etwa einen Kinderwunsch), sondern auch auf alltäglichere und situativere Bedürfnisse (wie etwa Konsumgüter) bezieht, eröffnen neue Forschungsfragen, die nicht zuletzt religionswissenschaftliche – und damit eine wertfreie – Expertise erfordern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Wunscheltern alternative Zugänge und die implizierte Idee der »Ganzheitlichkeit« dann als Ressource bewerten, wenn sie dadurch ein bisher fehlendes Gefühl der Autonomie erfahren. Fiona beispielsweise kann allein dadurch, dass sie nun frühstückt, aktiv ein Gefühl zurückerlangen, etwas beitragen zu können zu einem ansonsten unkontrollierbaren Prozess. Die von Grunberg et al. (2021) untersuchten Frauen können dies mit Yoga, Meditation und positivem Denken tun, und Vera kann sich selbst Kärtchen mit positiven Botschaften schreiben und erlebt sich damit als handelnde Akteurin, die etwas zur Behebung des Problems beiträgt.

8.4.2 Belastung

Alternative Expert:innen und Schuld narrative

Alternative Zugänge gewähren Wunscheltern potenziell ein Gefühl der Kontrolle und der Selbstbestimmtheit über ihre Situation. Dieser positiv erlebte Aspekt hat seine Kehrseite. Wenn Betroffenen zugeschrieben wird, dass sie die Situation durch ihr Handeln, ihr Denken oder ihr »Mindset« mitbedingen und sie verändern *können*, wird es von ihnen entsprechend implizit *erwartet*. Man kann in diesem Zusammenhang also von einer geforderten Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit sprechen. Diese »internal responsibility« wird von der Religionssoziologin Eileen Barker (2004) als wesentliches Merkmal von »Spiritualität« benannt (26). Wer dem nicht gerecht werden kann, gilt entsprechend als zumindest mitverantwortlich oder -schuldig.

Diese Mitverantwortung kann sich auf viele Ebenen beziehen. In den Interviews mit den alternativen Expert:innen kristallisierte sich der imaginierte Idealtyp einer – zumeist weiblichen – Person heraus, die ihren unerfüllten Kinderwunsch selbst (mit-)verantwortet: Sie hat ein ungünstiges Gesundheitsverhalten (insbesondere auf ihre Ernährung bezogen), ein unpassendes »Mindset«, einen schlechten Umgang mit der Situation, hat ihr »Ur-Wissen« über den (weiblichen) Körper »verloren« und ist damit einhergehend nicht dazu in der Lage, die Situation richtig zu deuten und entsprechend »korrekt« zu agieren. Die Ausführungen der Yogalehrerin und Drogistin Martina beispielsweise deuten auf eine zugeschriebene Mitverantwortung hinsichtlich des ungesunden Lebensstils hin:

wa »Sektenforscher« Hugo Stamm, vgl. <https://www.watson.ch/blogs/sektenblog/470239759-man-festieren-oder-wie-esoteriker-wieder-zum-kind-werden> (zuletzt abgerufen am 22.10.2025), vgl. ausserdem z.B. den Beitrag des SRF »Megatrend Manifestieren – Welche Macht haben unsere Gedanken?« vom 21.04.2024 (<https://www.3sat.de/gesellschaft/sternstunde-philosophie/sternstunde-philosophie-140.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025), das Buch »Gekränkte Freiheit« (Amlinger/Nachtwey 2023) oder die journalistischen Beiträge von Ann-Kristin Tlusty (<https://www.annkrinstintlusty.de/texte>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

und wenn du jetzt eine Frau hast, die äh wirklich, wo du weisst, die schaut sich nicht so, die (1) isst schlecht, eben ich meine also es geht um Ernährung, es geht um das Immunsystem, dann musst du halt der wirklich sagen »hey, also sorry, aber in so einem Körper, da will sich ja kein Ei einnisten« (Martina)

Martinas Ausführungen implizieren, dass der Körper einer Frau eine gewisse Qualität aufweisen muss, damit sich der Nachwuchs dort aufhalten und entwickeln will. Dabei wird dem »Ei« (gemeint ist wohl eine Blastozyste) auf einer sprachlichen Ebene ein Bewusstsein zugeschrieben. Es evaluiert den Gesundheitszustand der Wunschwutter und entscheidet dann, ob es sich dort einnisten will oder nicht (vgl. dazu die Ausführungen im 10. Kapitel). Die idealtypische ungewollt kinderlose Frau ist zudem durch die moderne Welt so stark ihrem »natürlichen Ursprung« entrissen worden, dass sie der Situation jetzt grösstenteils hilflos ausgeliefert ist. Martina bzw. Claudia führen dazu aus:

VIELE Frauen haben, Männer natürlich auch, (1) haben heute einfach das Körperbewusstsein nicht mehr, also sie spüren ihren Körper nicht und dann auch schlussfolgernd daraus sie WISSEN dann auch nicht, z.B. wie viel, wie viel Abgänge dass eigentlich normal sind, und wo SIE dann vielleicht nicht mal merken, dass, dass sie jetzt eigentlich schwanger gewesen sind, und, und einen Abgang hatten, mit den ganzen Pillingeschichten, Hormongeschichten, sind ja so Ungleichgewichte im Körper vorhanden (Martina)

es [Akupunktur und andere alternativmedizinische Methoden] hilft einfach viel, viel schneller, wenn man selbst auch etwas dazu beiträgt, und für mich ist das einfach auch Verantwortung für sich selbst übernehmen, (2) und wir übernehmen heutzutage oft keine Verantwortung mehr für uns, und ähm, ähm, lassen Vieles geschehen, ich merke einfach, auch ganz viele Frauen sind im Aussen, also wir sind ständig beschäftigt mit irgendetwas, sei es mit unserem Job, sei es mit dem Laptop, sei es mit dem Handy, Fernsehen, mit allem Möglichen, wir sind ständig abgelenkt von uns selbst (Claudia)

Martina und Claudia sprechen beide von der Situation »heutzutage«. Das impliziert, dass die idealtypisch ungewollt kinderlose Frau Opfer der modernen gesellschaftlichen Entwicklungen geworden ist. So hat sie gemäss Martina ihren Bezug zum Körper verloren, weil sie dachte, sie könne es sich mit der Einnahme von hormonellen Verhütungsmitteln leicht machen und körperliche Signale einfach ausschalten. Nun ist es ihr geschehen, dass sie diese Signale auch nach dem Absetzen der Hormone »nicht mehr spüren« kann.²⁴ Dementsprechend ist ihr auch »das Körperbewusstsein« abhandengekommen, und ihr fehlt es ganz grundsätzlich an Wissen über den eigenen Körper. Sie weiss nicht, wie sich zum Beispiel ein »schwangerer Körper« anfühlen sollte, der im »Gleichgewicht« ist. Bei Claudia bezieht sich der der modernen Frau zugeschriebene Verlust auf ihre Prioritätensetzung: »Heutzutage« falle es ihr schwer, sich auf das Wesentliche zu

24 Der steigende Vorbehalt gegenüber Hormonen, die zunehmend als »künstlich« und teilweise auch aus feministischer Perspektive als Unterdrückung der weiblichen Lust verstanden werden, ist Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Literatur (vgl. z.B. Gerrits 2016: 174; Pasche Guignard 2021).

konzentrieren bzw. dieses überhaupt zu erkennen – sie ist einerseits von digitalen Unterhaltungsmedien abgelenkt, andererseits von ihrer beruflichen Karriere. Das verbindet sie auch mit einer gewissen Passivität oder Vermeidungsstrategie der Frauen. Sie würden sich nicht mehr aktiv um ihre Lebensgestaltung kümmern, sondern »Vieles geschehen lassen«. Diese Passivität schreibt Claudia an einer anderen Stelle im Interview den betroffenen Frauen auch im emotionalen Umgang mit ihrer Situation zu. Viele Frauen würden sich als »Opfer« inszenieren, weil sie es als unfair erachten, dass *gerade sie* von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen seien. Durch diese »Opferhaltung« würden sie »ohnmächtig« und damit unfähig, etwas an der Situation zu ändern. Auch in den Ausführungen der Paar-Beraterin Helena klingt dieses als Vermeidungsstrategie gedeutete Verhalten an. Im Unterschied zu Claudia bezieht Helena sie jedoch darauf, dass Wunscheltern es vermeiden würden, den Einfluss einer transzendenten Entität auf das Schicksal aller Individuen anzuerkennen. So artikuliert sie beispielsweise, dass sich eine Schwangerschaft bei einem Paar vielleicht *deswegen* nicht einstellen könnte, weil vorhergesehen sei, dass einer der beiden bald sterben würde:

[leise] das war Fügung, all das wollen sie [die Wunscheltern] nicht mehr sehen, (1) alles so komische Sachen, die erst nachher Sinn machen, so »AHA, DARUM hats nicht klappen sollen«. Aber da braucht man Achtsamkeit, da muss man sich ein wenig herauszoomen aus dem Gehirn, in dem man gefangen ist (Helena)

Helenas Ausführungen können als eine Art Extremposition gelesen werden. Die anderen erwähnten Expert:innen vermuten einen tiefergreifenden Grund für die Situation insbesondere dann, wenn *keine* klare biomedizinische Erklärung für den unerfüllten Kinderwunsch vorliegt. Gibt es eine solche, interpretieren sie die Situation anders als Helena. Claudia spricht dann beispielsweise von »Frauen die *tatsächlich* ein Problem haben, das kann Endometriose sein« (Herv. L.B.). Das verweist darauf, dass biomedizinisch diagnostizierte Gründe für angeborene Konditionen bis zu einem gewissen Grad von einem Schuld-narrativ ausgeschlossen sein können. Auch Martina, die selbst Endometriose hat, empfindet diese Tatsache nicht als Ausdruck eines körperlichen »Ungleichgewichts«, sondern als ein »echtes« Problem. Anders ist es bei Helena. Sie deutet auch medizinische Diagnosen und Erklärungen für die vorliegende Situation als ein tieferliegendes Zeichen:

aber leider auch da, es hat einen Grund warum eine Frau Endometriose hat, (2) aber das will halt niemand [hören], es geht eben darum, die Menschen tun sich nicht gern mit ihren tiefsten, (1) wie sagt man, (2) dunkelsten Seiten beschäftigen, weil es geht dann darum, dass man müsste Eigenverantwortung übernehmen, (1) und wie wir ja gesehen haben in den letzten zwei Jahren [Bezug auf die COVID-19-Pandemie], Menschen haben keine Eier und keine Eierstöcke, um Eigenverantwortung zu übernehmen (Helena)

An einer anderen Stelle im Interview setzt Helena »Endometriose« in einen Kausalzusammenhang mit »früheren Traumata [sic!], SEHR oft Missbräuche«, die auch von Frauen früherer Generationen weitervererbt werden können. Sie sieht Wunschkinder dabei

zum einen als *intellektuell* nicht fähig, solche Zusammenhänge zu erkennen, weil sie zu oberflächlich und rational denken (»da braucht man Achtsamkeit, da muss man sich ein wenig herauszoomen aus dem Gehirn, in dem man gefangen ist«). Zum anderen traut sie es ihnen auf einer *emotionalen* Ebene nicht zu. Ihr ist durchaus bewusst, dass diese von ihr vorgeschlagenen Erklärungsmuster eine starke Belastung für Wunschkinder bedeuten können (»das will halt niemand [hören]«), empfindet es jedoch als Schwäche, sie nicht zuzulassen – es fehle ihnen an »Eiern« bzw. »Eierstöcken«. Wie Claudia sieht sie dahingehend einen Mangel an »Eigenverantwortung«. Helenas Kritik jedoch bezieht sich nicht nur darauf, dass Wunschkinder ihr Handeln oder ihr »Mindset« aktiv anpassen sollen, um mit der Situation besser umzugehen. Ihre Kritik impliziert vielmehr, dass Menschen den Einfluss einer übergeordneten Entität nicht anerkennen. In diesem Weltbild übernehmen ungewollt Kinderlose »Eigenverantwortung« erst *dann*, wenn sie ihre Situation *akzeptieren* und damit eine »Demut« gegenüber dieser Entität zeigen – sie nennt sie z.B. »das Leben« oder »den Kosmos«. ²⁵ Dann würden sie erkennen, dass diese Entität eine Frau mithilfe einer Endometriose beispielsweise vor einem Fehler *schützen* würde. Das kann beispielsweise sein, dass das Paar gar nicht gut funktionieren würde als Eltern, dass es ein Zeichen dafür ist, dass die Frau zuerst ihre Traumata aufarbeiten soll oder, wie im oberen Zitat angeklungen, dass »der Kosmos weiss«, dass einer der beiden bald sterben würde.

Die Ausführungen machen deutlich, dass alternative Expert:innen Wunschkinder eine Mitverantwortung für ihren Zustand zuschreiben können. Sie alle äussern in irgendeiner oder anderen Form das Narrativ, dass das intellektuelle oder »kopflastige Mindset« der Frauen ihnen den Zugang zu sich selbst verwehren würde, sie sich daher nicht mehr »spüren« und auf der Hand liegende Erklärungen für die Situation nicht annehmen können würden. Dabei sind es nicht nur, aber doch überwiegend die Frauen, die im Fokus dieser Schuldzuschreibungen stehen. Das liegt womöglich auch daran, dass es insbesondere Frauen sind, die diese alternativen Angebote in Anspruch nehmen und entsprechend in der Erfahrungswelt der alternativen Expert:innen grundsätzlich als Repräsentant:innen des unerfüllten Kinderwunsches in Erscheinung treten. Inwiefern männliche und weibliche Fruchtbarkeit je verschieden konnotiert sind, wird im 11. Kapitel genauer ausgeführt.

Verhandlung von Schuldgefühlen

»Schuld« hat als analytischer sowie als in-vivo-Code eine hohe Relevanz im vorliegenden Datenmaterial. Einerseits erfahren Wunschkinder Schuldgefühle von aussen durch die Interaktion mit alternativen Expert:innen, andererseits schreiben sie sich selbst Schuld zu. So führten nahezu sämtliche Interviewpartner:innen der vorliegenden Untersuchung aus, sich irgendwann mit der Frage beschäftigt zu haben, warum »gerade sie« betroffen seien – und nicht ihre Schwester oder ihre beste Freundin. ²⁶ Nicht wenige

25 Aus diesem Grund ist Helena auch grundsätzlich gegen jede Form von Reproduktionsmedizin (vgl. dazu die Ausführungen im 9. Kapitel).

26 Es ist ein empirisches Muster, dass Frauen ihre Situation i.d.R. mit derjenigen von *anderen* Frauen (und seltener mit Männern) vergleichen. Dieses hat gemäss der im 11. Kapitel dargelegten Analyse u.a. damit zu tun, dass Wunschkinder im Prozess eines unerfüllten Kinderwunsches sehr

zogen eine bestimmte Eigenverantwortung zumindest situativ in Betracht. Diese Eigenverantwortung kann sich – genauso wie bei den Ausführungen der alternativen Expert:innen – auf verschiedene Ebenen beziehen. Man geht zu wenig positiv an die Sache, man hat sich in der Vergangenheit zu wenig mit dem Kinderwunsch auseinandergesetzt, kennt seinen Körper nicht gut genug oder hat tieferliegende Gründe für den unerfüllten Kinderwunsch zu spät erkannt. Dabei sind diese Schuldzuschreibungen nicht gezwungenermaßen umfassend oder grundsätzlich handlungsleitend, sondern werden meistens »nur« für kurze Zeit plausibel und begleiten die Wunscheltern als Hintergedanken, die situativ relevant werden.

Ein Beispiel dafür stellt Vera dar. Zum Zeitpunkt des zweiten Interviews war Vera elf Jahre lang von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen, ohne dass dafür eine genaue medizinische Ursache hätte diagnostiziert werden können. So wurde für sie irgendwann die Erklärung plausibel, dass sie aus persönlich-biographischen Gründen vielleicht nicht dafür »bestimmt« sei, Mutter zu sein:

bei mir ist z.B. etwas noch gewesen, dass ich ähm das Gefühl hatte, ich SOLLTE gar keine Kinder bekommen, weil ICH so eine schreckliche Kindheit hatte, so wie quasi ich WÜSSTE gar nicht, wie man eine gute Mutter ist (Vera t2)²⁷

Diese Idee, dass gestörte Beziehungen zu den eigenen Eltern ein Grund für Unfruchtbarkeit sein können, scheint typisch für gewisse »ganzheitliche« Denklagen zu sein. So hat Helena (s.o.) ebenfalls auf die Idee referiert, dass stattgefunden negative Ereignisse einen nachhaltigen Einfluss auf die Nachkommen haben können, weil sie genetisch vererbt werden. Nicht aufgearbeitete Traumata oder negative Beziehungen würden sich dann bei den Nachkommen beispielsweise als Endometriose manifestieren. Die Analyse von Reet Hiimäe (2017) bestätigt dies:

Clairvoyants and healers, however, lay the final responsibility on the childless couple, both in the media and in private sessions. For example, weekly [estnische Zeitschrift, Anmerkung L.B.] published an online interview with two clairvoyants who claimed that every single woman could get pregnant and have a child, should she only believe and want it strongly enough. A healer who positions himself as a modern shaman says that the problems of childlessness will only vanish once the childless person has given up his or her feisty attitude towards his or her parents (Antsov 2010) (Hiimäe 2017: 41).

Dieser Logik folgend müssen Betroffene herausfinden, ob es womöglich Gründe gibt, dass sie keine guten Eltern wären – und dabei am besten eine umfassende Familienanamnese durchführen. Daher empfiehlt Helena beispielsweise eine Familienaufstellung. Um mit der »Seele« ihrer verstorbenen Grossmutter in Kontakt zu treten, hat sich beispielsweise Lea für eine solche Familienaufstellung entschieden (vgl. dazu Kapitel 10).

stark sowohl mit ihrem *biologisch* weiblichen Körper als auch mit ihrer *sozialen* Rolle als weibliches (Nicht-)Elternteil konfrontiert sind. Ihre biologische wie auch soziale Geschlechtlichkeit ist für sie entsprechend omnipräsent.

27 Vera arbeitete dieses Trauma dann im Rahmen einer kinderwunschspezifischen Hypnose auf, um die »generationsübergreifende Verbindung von schlechten Müttern halt einfach zu kappen« (s.o.).

Schuldzuschreibungen erfahren Wunscheltern aber auch auf einer Ebene, die semantisch weniger spezifisch religiös konnotiert ist. Viele alternative Expert:innen ermutigen ihre Klient:innen nicht nur zur Einnahme von (naturheilkundlicher) Medizin oder zur Inanspruchnahme spezifischer Therapiesitzungen wie etwa Akupunktur, sondern auch zu einer grundsätzlichen Veränderung ihres alltäglichen Lebens. Rahel, die Claudias TCM-Angebot in Anspruch nahm, führte aus:

sie [die TCM-Heilpraktikerin] hat mir SO viele Dinge gesagt, die ich ändern muss in meinem Leben, wo ich dann wie so fand, »hey ich arbeite 80 Prozent, ich habe auch noch andere Hobbys, ich habe auch noch meine Eltern, ich, ich kann nicht«, sie fand ich muss jeden Morgen einen grünen Smoothie machen, ich muss warm essen, ich muss das, ich muss das, ich muss Atemübungen machen und das hilft und das hilft und das und das und dann irgendwann war ich so »hey, ich kann das nicht alles machen, ich kann nicht mein ganzes Leben jetzt komplett auf den Kopf stellen, also, ich lebe wie ich lebe und ich glaube nicht, dass ich extrem ungesund lebe«, und irgendwie, eben, sie hat mir wie so ein wenig das Gefühl gegeben, ich mache alles falsch und das war schon nicht so ein angenehmes Gefühl (Rahel t1)

Für Rahel war diese Ermutigung zur Umstellung ihres alltäglichen Lebens eher eine Forderung – sie sah sich nicht dazu im Stande, die Flut an Hinweisen und Tipps in ihr Leben zu integrieren. Sie war zwar die Einzige im vorliegenden Sampling, die in diesem Ausmass eine Überforderung mit der Fülle an erteilten Ratschlägen von alternativmedizinischer Seite beschrieb, jedoch weist Throsbys Studie (2010) das, was Rahel beschreibt, als durchaus typisch aus:

In the context of reproduction, this is utterly keeping with bombarding women with messages from both the alternative and conventional medical fields about importance of preconceptual and antenatal nutrition, environmental hazards, and other practices with regard to fertility, conception, and early pregnancy (Throsby 2010: 244).

Rahel war TCM gegenüber von Anfang an skeptisch eingestellt. Insofern ist es nicht überraschend, dass sie Claudias Tipps nicht umfassend als nützlich wahrnahm. So, wie sie das Erlebte aus ihrer Perspektive wiedergibt, weisen die Ratschläge auch keinerlei kohärente Logik auf: Inwiefern ein grüner Smoothie, Atemübungen oder warmes Essen die Fruchtbarkeit positiv unterstützen, erscheint aus ihrer Wahrnehmung, wie Rahel sie im Zitat oben artikuliert, nicht einleuchtend. Das verweist darauf, dass sie die alternative Denklage nicht angenommen hat, diesen einzelnen Handlungen keine zusammenhängende Bedeutung zuschreibt und sie auch nicht als Bestandteil eines grösseren Kontexts sieht. Dementsprechend ist es offensichtlich, dass ihr die Motivation fehlt, Claudias Ratschläge umzusetzen. In der Konsequenz blieb von den Sitzungen mit Claudia nur eines, und zwar ein »unangenehmes Gefühl«, weil diese ihr vermittelte, »alles falsch« zu machen.

Bei Rahel geht die Schuld-Selbstzuschreibung jedoch tiefer und bezieht sich nicht nur auf ihre Erlebnisse im Rahmen der TCM-Sitzungen. In keinem anderen analysierten Text konnte dieser Code so häufig gesetzt werden wie in den beiden Interviews mit ihr. Das ist insofern überraschend, als dass die Idee einer Mitverschuldung an der Situation

eigentlich ihrer Selbstidentifikation als nüchterne Naturwissenschaftlerin widerspricht. Rahel liess ihre Embryonen genetisch analysieren, um die Chancen auf eine Schwangerschaft durch einen »gesunden« Embryo zu erhöhen. Fast alle ihrer Embryonen waren von einem Mosaizismus betroffen – wiesen also gemäss der Testung chromosomisch normale wie auch anormale Zellen auf. Erst im Verlauf ihrer späteren Entwicklung während der Schwangerschaft würde sich zeigen, ob sie »gesund« sind oder nicht. Über diese nicht idealen Ergebnisse sagt sie im Interview:

manchmal habe ich das Gefühl liegt es auch an DEM, dass, dass, dass die Outputs [Ergebnisse der genetischen Analyse ihrer Embryonen] so schlecht sind, dass ich einfach gestresst bin die ganze Zeit (Rahel t1)

Rahel relativiert ihre Aussage im nächsten Satz sofort wieder – eigentlich wisse sie ja, dass das alles nur Zufall sei. Sie wolle aber eben eine Erklärung für die Situation haben, und diese könne ihr niemand geben. An keiner Stelle wirft sie die Frage einer möglichen Mitverantwortung ihres Ehemannes an den schlechten oder uneindeutigen genetischen Ergebnissen auf. Es scheint, als käme sie selbst als Verursacherin der Lage als einzige plausible Erklärung in Frage – vielleicht auch gerade deswegen, weil sie dann auch etwas daran verändern könnte: den Stress in ihrem Leben reduzieren.

Diese Schuldzuschreibung zieht sich bei Rahel auch auf anderen Ebenen weiter. Sie unterwirft ihre eigene Rolle in der Situation stetig einer Selbstreflexion, wodurch sie selbst zum Objekt ihrer eigenen Analyse wird. Dabei kommt sie immer wieder zum Schluss, dass sie offensichtlich ein Paradebeispiel darstellt für eine ungewollt kinderlose Frau; sie entspricht in ihrer eigenen Vorstellung dem Idealtyp, den alternative Expert:innen häufig konstruieren, um die ungewollte Kinderlosigkeit von Frauen zu erklären (s.o.). Ihre potenzielle Mitverantwortung an der Situation aufgrund ihres mangelnden Körperbewusstseins und ihrer fehlenden Auseinandersetzung mit dem Thema in der Vergangenheit beschäftigen Rahel stark. Das Thema war sowohl im ersten wie auch im zweiten Interview sehr präsent. Im ersten Interview erzählte sie, Freundinnen von ihr hätten ihr schon lange empfohlen, ein Zyklustagebuch zu führen, sie habe sich aber nie darum gekümmert, was sie jetzt bereue – sie würde sich gerne »besser spüren«. Auch im zweiten Interview ein Jahr später führt sie aus:

andere Frauen sind ja extrem auf ihren Hormonhaushalt, die können ja alles deuten, eben jetzt erhalte ich das [dieses Hormon, um den Zyklus zu stimulieren], und jetzt bin ich in DEM Zykluspunkt und dann so und so, ich bin ja das NIE gewesen, aber ich habe mich das auch NIE geachtet, ich habe mir das ja auch nie aufgeschrieben oder so, jetzt irgendwie bin ich schlecht drauf »ah, jetzt bekomme ich dann meine Periode« oder irgendwie »jetzt, jetzt habe ich da ein Ziehen in den Eierstöcken, ah jetzt habe ich vielleicht den Eisprung« (Rahel t2)

Rahel sieht in sich selbst aber nicht nur die typische Frau verkörpert, die sich zu wenig mit ihrem Körper und ihrem Zyklus auseinandergesetzt hat. Sie sieht sich auch als Ver-

körperung des diskursiven Bildes der »Karrierefrau«:²⁸ Sie hat sich zu lange mit ihrem beruflichen Weiterkommen aufgehalten, statt sich Gedanken um die Familienplanung zu machen. Das macht sie auch explizit:

ja, ich bin halt vielleicht genau dieses Frauenbild, ich habe halt, eben, doktoriert und alles, ich habe halt meine Familienplanung eher ein wenig in den Hintergrund geschoben (Rahel t1)

Die Ausführungen mögen den Anschein erwecken, dass Wunscheltern den Schuldzuweisungen ausgeliefert sind, kommen sie nun von den Expert:innen oder von ihnen selbst. In ihren Ausführungen finden sich jedoch immer wieder Coping-Mechanismen, um mit diesen Zuschreibungen umzugehen – intellektuell oder auch durch spezifische Handlungen. So entschloss sich Rahel dazu, nicht mehr zur TCM-Heilpraktikerin zu gehen und sich bewusst zu machen, dass sie durchaus »[nicht] extrem ungesund« lebt. Ein anderes Beispiel ist Anja, die sich das Risiko der Schuldzuweisung im alternativmedizinischen Kontext bereits im Vorhinein bewusst machte. So erläutert sie:

ich finde so in dieser alternativmedizinischen Sektion so »DU kannst dich selbst heilen, wenn DU deinen Geist heilst, heilst du dich, ähm, all deine Erkrankungen können mit einem positiven Mindset irgendwie wieder verschwinden«, und da finde ich ist die Schulmedizin halt schon auch, ähm, sie nimmt die Schuldfrage weg oder, weil, in diesem Narrativ drin bist DU schuld, wenn DU krank bist und DU kannst es lösen, und die Schulmedizin sagt einfach »ja schau, so und so vielen Menschen passiert das, du bist jetzt dummerweise einer davon«, und ich finde, da ist so die (1) Selbstheilung, die in der Alternativmedizin sehr gross ist und wie ich auch finde, das ist eine Bürde wenn man den Leuten sagt »wenn du nur irgendwie anders denkst oder genügend Meditation machst oder was auch immer, (1) dann kannst du Kinder gebären«, ich meine, die ganze Last liegt auf dir oder, und beim anderen ist es halt einfach »schau, statistisch gesehen, so und so viele Leute trifftts, du hast jetzt halt einfach sozusagen in die Scheggriffen und dich hats getroffen«, ich finde da ist die Schulmedizin einfach ähm (1) ein wenig, ja, pragmatischer (Anja)

Anja unterzog alternativmedizinische Methoden auf Basis ihrer früheren Erfahrung damit einer intensiven Analyse. Sie kommt zum Schluss, dass alternative Zugänge das Schulnarrativ fördern, und dass diese Deutung für sie eine potenzielle emotionale

28 Diesem diskursiven Konstrukt der »Karrierefrau« haftet eine negative Konnotation an. Es handelt sich dabei um Frauen, die sich »nur« um ihre Karriere kümmern und sich der traditionellen weiblichen Rolle der Hausfrau und Mutter entziehen. Diskursiv wird der Zustand einer ungewollten Kinderlosigkeit häufig darauf zurückgeführt, dass Frauen »zu lange gewartet« haben mit dem Kinderbekommen. Dasselbe gilt für die Praxis des sog. »Social Egg Freezing«: Gemäss dieser Idee erhalten Frauen ihre Fruchtbarkeit, um vor der Familiengründung noch eine Karriere machen zu können. Diesen Topos konnte die Medizinanthropologin Marcia Inhorn (2023) widerlegen. Es ist nicht der Karrierewunsch, sondern der fehlende Partner, der Frauen zum »Freezing« motiviert. Auch die Tatsache, dass Rahel im vorliegenden Sampling die einzige Frau darstellt, die ihre »Kinderwunschreise« erst im verhältnismässig hohen Alter (37 Jahre) begann, verweist darauf, dass ungewollte Kinderlosigkeit nicht unbedingt primär auf ein zeitliches »Aufschieben« des Kinderwunsches zurückzuführen ist.

Belastung darstellt. Das verschaffte ihr die Handlungsmacht, alternativmedizinische Angebote nur sehr selektiv und für spezifische Zwecke in Anspruch zu nehmen.

Schuldnarrative im biomedizinischen Kontext

Anjas Reflexion und Deutung werden noch auf einer anderen Ebene analytisch relevant. So bezieht sie sich auf die weiter oben beschriebene klassische Unterscheidung zwischen biomedizinischen und alternativmedizinischen Zugängen zum Thema Gesundheit. Die »Schulmedizin« sei da »pragmatischer«; ihre gesundheitliche Kondition werde hier als Produkt eines Zufalls gedeutet, der sich statistisch erklären lässt, womit sie die »Schuldfrage weg[nimmt]«. Tatsächlich vertreten viele Biomediziner:innen klassischerweise eine kritische Haltung gegenüber alternativen Heilpraktiken, weil diese nicht evidenz-basiert sind und teilweise auf mehr oder weniger explizit religiöses Vokabular verweisen (vgl. Utriainen 2021: 39f.). Die »Schuldfrage« wird im biomedizinischen Kontext auch deswegen weniger gestellt, weil der Einfluss der emotionalen Gesundheit eines Individuums auf dessen physische Funktionsfähigkeit eher auf eine indirektere Art anerkannt wird, also beispielsweise entsprechend der folgenden Logik: Wer in einer schlechten emotionalen Verfassung ist, ernährt sich tendenziell schlechter oder bewegt sich womöglich weniger. Das wiederum kann zum Beispiel einen Einfluss auf das Immunsystem haben und Krankheiten wahrscheinlicher machen (vgl. dazu Fuller 2021: 400–403).

All dem zum Trotz verweist das empirische Material darauf, dass nicht alle Befragten die biomedizinischen Diskurse als von der »Schuldfrage« befreit wahrnahmen. Das wird beispielsweise in den Ausführungen von Fiona deutlich:

das ist auch wieder sowas oder, die Ärzte sagen dann »ja nicht zu viel laufen, nicht zu schwer tragen [Original: nöd zfest lupfe]«, keine Ahnung »keinen fordernden Sport mache«, und du hast jedes Mal wenn du irgendwie einkaufen [Original: go poste] gehst und deine Einkaufstasche heimträgst, hast du nachher Angst »oh nein, habe ich mich jetzt übertan oder nicht« (Fiona)

Ob die von Fiona erwähnten Ärzte *tatsächlich* artikuliert haben, sie dürfe keinerlei schweren Dinge hochheben, ist an dieser Stelle irrelevant. Wichtig ist, dass Fiona ihre Schuldvorwürfe an sich selbst auf die Interaktion mit den Reproduktionsmediziner:innen zurückführt. So leitet sie ihre Ausführungen ein durch die Worte »Die Ärzte sagen dann«. Erst durch *sie* manifestieren sich bei Fiona die genannten Ängste, die sich potenziell auf ihren ganzen Alltag beziehen – vom Sporttreiben bis hin zum täglichen Einkauf.

In den Ausführungen von Jana und Maria wird noch eine weitere Komponente der Schuldfrage in biomedizinischen Kontexten sichtbar. Ihre Körper wurden als deviant gelesen. Dies liegt nicht primär an der zugeschriebenen Unfruchtbarkeit, sondern an deren optischer Abweichung von einer Norm, die wiederum als ausschlaggebend für die Unfruchtbarkeit verstanden wird. Obwohl sowohl Jana als auch Maria eine eindeutige medizinische Diagnose hatten,²⁹ die ihre Situation erklärte, wurden sie auf ihre als »ungesund« stigmatisierte Lebensweise bzw. Körper hingewiesen:

29 Maria hat Endometriose und Jana PCO und ihr Mann eine suboptimale Spermienqualität.

ja, und damals war ich noch übergewichtig und habe geraucht und dann hiess es »Sie müssen aufhören zu rauchen, Sie müssen abnehmen«, habe ich mir einen Magenbypass setzen lassen und habe 46 kg abgenommen und aufgehört zu rauchen (Jana)

[ich habe] abgenommen, ja, weil das war auch so ein Punkt, dann haben sie am Anfang gesagt, ja ich sei ein wenig übergewichtig und so, ähm, es könnte auch daran liegen, dass es nicht funktioniert und, ja, dann habe ich auch angefangen einfach ein wenig meine Ernährung umzustellen (Maria)

Janas und Marias Körper wurden aus den Augen der biomedizinischen Expert:innen aufgrund ihres Übergewichts als im potenziellen Zusammenhang mit ihrer Unfruchtbarkeit stehend gelesen. In dieser Logik scheint es plausibel zu sein, Fruchtbarkeit als grundsätzlichen Indikator für einen »gesunden Körper« zu betrachten.³⁰ Damit einher geht aber nicht nur die Markierung ihrer Körper als deviant, sondern auch eine Handlungsanweisung oder eine sehr nachdrückliche Aufforderung, abzunehmen bzw. mit dem Rauchen aufzuhören, wie Jana das in der direkten Rede wiedergibt: »Sie müssen aufhören zu rauchen, Sie müssen abnehmen«. Die Idee einer Selbstverschuldung erscheint darin zwar nicht explizit, wie es weiter oben von Anja in Bezug auf alternativmedizinische Kontexte dargestellt wird, aber trotzdem eindeutig. Dass Jana und Maria rauchen bzw. übergewichtig sind, ist eine selbstverschuldete Tatsache, die auch nur durch ihre Eigeninitiative wieder behoben werden kann. Neben Gewicht und Rauchgewohnheit gehört auch das Alter zu einer Kategorie, mit der Körper biomedizinisch hinsichtlich der Fruchtbarkeit gelesen und bewertet wird. So argumentierte die Gynäkologin Dr. med. Judit Pök Lundquist im Rahmen einer Podiumsdiskussion, die im März 2022 in der Paulus-Akademie in Zürich stattfand und die ich teilnehmend beobachtend besuchte, dass »Frauen ihren Kinderwunsch leider weiter hinaus[schieben]«; das »richtige Alter für die Familiengründung ist 20–30«, auch wenn sie wisse, dass das »Wunschdenken einer Gynäkologin« sei. Aus reproduktions-biomedizinischer Sicht ist folglich jedes Abweichen der körperbezogenen Merkmale von »jung«, »normgewichtig« und »Nichtraucher:in« ein potenzieller Marker von (selbstverschuldeter) »Unfruchtbarkeit«.

Das vorgestellte empirische Material in diesem Unterkapitel ist Ausdruck allgemeiner gesellschaftlicher Trends. Die sich zunehmend durchsetzende Vorstellung, Individuen sollten grundsätzlich selbst etwas zu ihrer Gesundheit betragen, widerspiegelt, dass die Schuldfrage auch im biomedizinischen Kontext relevant werden kann. So sollen Individuen etwa autonom Entscheidungen treffen bzgl. Ernährung, körperlicher Betätigung, Konsummustern und Lebensstil (vgl. Giddens/Fleck/Egger de Campo

30 Neuere evolutionsbiologische Sichtweisen könnten diese These bestätigen: Wenn Dritte andere Menschen und Körper hinsichtlich des Kriteriums »Schönheit« bewerten, geschieht dies (weitestgehend unbewusst) über die Frage, ob sich mit ihnen Nachwuchs zeugen liesse. Körper, die gewisse Merkmale aufweisen wie etwa ungleichmässige Haut, Asymmetrien oder altersbedingte Erscheinungen, werden als abweichend von einer (kulturell bedingten) Norm und weniger als potenzielle:r Erzeuger:in der eigenen Nachkommen verstanden. Dahingehend erscheint es nur einleuchtend, wenn auch Biomediziner:innen als »übergewichtig« gelesene Individuen kausal mit deren Unfruchtbarkeit verknüpfen, unabhängig davon, ob in diesem spezifischen Fall tatsächlich eine Verbindung besteht (vgl. dazu beispielsweise Prum/Schalansky 2022).

2009; Greil 1991: 159). Hauser (2021) sieht in diesem Gesundheitsverständnis die »central tenets of late modernity: the individual as proactive agent must shape and care for his/her body« (298). Barbara Duden (2010), die sich ebenfalls auf den biomedizinischen Kontext bezieht,³¹ beschreibt die Rolle des modernen Individuums folgendermassen: »der Mensch ist ein Immunsystem« (Duden 2010: 598, Herv. i.O.). Die Gleichsetzung von Körper und Gesundheit hebt die Selbstverantwortung deutlich hervor: Wenn ihr »System« nicht funktioniert, sind sie selbst schuld, und gleichzeitig sind sie ihm gegenüber machtlos, weil sie deren Komplexität nie vollumfänglich verstehen können (vgl. ebd.): »Eine befriedigende Liebesnacht oder ein Glas Zitronensaft haben tendenziell einen gleich günstigen Einfluss. Eigene Wünsche und Erfahrungen haben konzeptuell den gleichen Stellenwert für die optimale Steuerung, wie z.B. physiologische oder psychische Stimulierung« (ebd.).

Diese Willkür, mit der das »System« sich dem Individuum präsentiert, macht sie in der Konsequenz wiederum abhängiger von medizinischen Expert:innen – eine paradoxe Situation. Auch Foucault befasste sich damit. In seinem Werk »Sorge um sich« (1989) beobachtete er, wie die Pflege um sich selbst, die Selbstdisziplinierung und das individualisierte Überwachen des eigenen Körpers im Rahmen der gesellschaftlichen Medikalisation üblich wurde. Mit dem Schlagwort der »Biopolitik« äussert er sich dem gegenüber kritisch. In der Art und Weise, wie Menschen sich und ihren Körper selbst disziplinieren, sah er eine Verkörperung externer Machtstrukturen und Normen.³² Marias und Janas Körper werden in diesem Sinne zu Orten, wo diese Machtstrukturen sichtbar werden. Um einen normgerechten, »fruchtbaren« Körper zu erzeugen, unterwarfen sie sie mit einer Operation und einem radikalen Lebenswandel einer strikten Disziplin. Das Brisante daran ist, dass selbst diese Anpassung an einen normgerechten und schlanken Nichtraucher-Körper die eigentlichen Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches nicht beheben – das PCO bzw. die Endometriose bleiben dadurch unverändert. Doch allein schon die Bewertung durch die Biomediziner:innen, die einen potenziellen Zusammenhang zwischen ihren devianten Körpern und ihrem unerfüllten Kinderwunsch implizierten, reichte für Jana und Maria als Motivation für die radikale Transformation ih-

31 Duden geht dabei auf die Arbeiten von Emily Martin ein (1989, 2002). Martin befragte Frauen erstmals in den späten 1980er-Jahren zu ihrem Körpererleben beim Gebären, Menstruieren und bei der Menopause. Als sie die Befragung 15 Jahre später wiederholte, stellte sie fest, dass sich die Deutungsmetaphern verändert haben, wenn die Frauen auf ihren Körper referierten. Nun sprachen die Frauen von ihm, als *seien* sie ihr Körper, während bei der ersten Befragung noch eine Fragmentierung von Körper und Selbst in den Erzählungen identifiziert werden konnte.

32 Foucaults Ausführungen werden auch auf gegenwärtige Praktiken wie etwa die Überwachung der eigenen Aktivitäten mittels Smartwatches oder anderen Geräten bezogen. Indem Individuen ihren smarten Geräten Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen, um individualisierte Anweisungen für ihre »Fitness« zu erhalten, gewähren sie nicht nur staatlichen Institutionen, sondern auch privaten Technologieunternehmen Zugang zu intimen, körperbezogenen Daten. Die Überwachung und Kontrolle über Körper von Konsument:innen ist damit nicht mehr nur gesundheitspolitischer, sondern zunehmend auch kommerzieller Natur (vgl. dazu Levy 2015 und Maschewski/Nosthoff 2022). Die Kommerzialisierung von körperbezogenen Optimierungspraktiken sieht man auch am Beispiel ästhetischer Chirurgie: Die Medizin nimmt nicht mehr nur »kranke« Körper in den Blick, sondern sieht *sämtliche* Körper als optimierbar, als biotechnisch gestalt- und wandelbar (vgl. Viehöver/Lehmann 2017: 43f.).

rer Körper. Damit zeigen die Ausführungen in diesem Unterkapitel, wie umfassend und den ganzen Alltag betreffend ein unerfüllter Kinderwunsch sein kann. Die Idee, dass der Mensch sein eigenes Immunsystem *ist*, wie Duden es formuliert, und damit »alles mit allem« irgendwie zusammenhängen *könnte*, forciert diese Tatsache. Jede Handlung, jede körperliche Eigenschaft, jede Entscheidung und jede biographische Begebenheit werden zum potenziellen Bezugspunkt der individuellen Verhandlungen. Dass die meisten Wunschertern sich selbst nicht per se als klar »spirituell« oder »ganzheitlich orientiert« verorteten und daher nur situativ auf diese »ganzheitlichen« Ideen referierten, macht ihre Lage umso herausfordernder. Ihr Verhältnis zu diesen Ideen ist in den seltensten Fällen klar und eindeutig, weswegen es immer wieder aufs Neue verhandelt werden muss: Kann es wirklich sein, dass meine Beziehung zu meinen eigenen Eltern einen Einfluss auf meine Fertilität hat? In welchem Umfang ist mein Übergewicht tatsächlich ein relevanter Faktor? Ist es wichtig, dass ich immer positiv bleibe? Diesen Gedanken kann nicht auf einer rein rationalen oder naturwissenschaftlichen Ebene begegnet werden, weswegen sie von den meisten Wunschertern auch nie *ganz* vermieden oder hinter sich gelassen werden können.

8.5 Evangelikale und alternative Zugänge

Für die evangelikalen Interviewpartner:innen spielen alternative Methoden keine bedeutende Rolle, sie wurden in den Interviews nur Thema, wenn ich sie durch exmanentes Nachfragen (vgl. 5.2.2) einbrachte.³³ Dies erscheint zunächst naheliegend, weil institutionalisiert religiöse Individuen die Systemlogik ausdifferenzierter Gesellschaften (Luhmann 1984) meist teilen. Damit schreiben sie in der Regel biomedizinischen Ärzt:innen die wesentliche Autorität darüber zu, medizinische Aussagen zu tätigen (vgl. Fuller 2021: 396).

Die meisten nicht-evangelikalen Interviewpartner:innen sind über Empfehlungen von Bekannten auf spezifische alternative Angebote aufmerksam geworden. Da der evangelikale Lebensstil grundsätzlich allumfassend ist (vgl. Hoberg 2017a), ist es naheliegend, dass Evangelikale alternative Angebote entsprechend gar nicht erst wahrnehmen – und selbst wenn, so fehlt ihnen ein Bezug dazu. Auf mein Nachfragen in den Interviews erzählte beispielsweise Nadine, dass Bekannte ihr Akupunktur empfohlen hätten, sie diesen Tipp jedoch zurückwies. Sie hätte nicht verstanden, »was das bringen« sollte. Auch Sonja und Markus meinten, sie würden »nicht daran glauben«. Julia und Lukas, die landeskirchlich-reformiert orientiert sind, beschrieben, wie sie in Ecuador mit alternativmedizinischen Tipps konfrontiert worden seien – von Tee trinken bis hin zum Konsum von Hühnersuppe gegen den »schwachen Uterus«. Solche Ratschläge empfanden sie zunehmend als »nervig«, weil »so natürliches Zeug« nicht ihrer Deutungslogik entspricht.

33 Das bedeutet nicht, dass für Evangelikale exklusiv biomedizinische Framings relevant sind. Wie weiter oben beschrieben, würde man ihrer Deutungslogik jedoch nicht gerecht, wenn man ihre religiösen Bedeutungszuschreibungen unter der Kategorie »alternativ« verorten würde. Daher wird dieses Thema im 9. Kapitel behandelt.

Ein weiterer Grund dafür, dass alternative Zugänge für Evangelikale von geringerer Bedeutung zu sein scheinen, könnte in ihrem grundsätzlich distinkten Umgang mit ihrer Betroffenheit zu finden sein. Auf Evangelikale schien der bereits mehrfach erwähnte therapeutische Imperativ (s.o. und Kapitel 7) eine weniger intensive Wirkung auszuüben als auf die nicht-spezifisch religiösen Interviewpartner:innen. Viele von ihnen verfolgten nicht oder nur in geringerem Umfang die Strategie, möglichst alle ihnen zur Verfügung stehenden Methoden und Mittel auszuprobieren, die den Kinderwunsch erfüllen könnten. Was bereits für biomedizinische Behandlungen festgestellt werden konnte, trifft auch für alternative Ansätze zu.

Andererseits könnte die implizite und teilweise auch explizite Ablehnungshaltung gegenüber alternativen Zugängen durch die Evangelikalen auch als widersprüchlich beschrieben werden. Schliesslich gibt es Ähnlichkeiten zwischen dem idealtypisch alternativen und dem evangelikalen Weltbild. Beide verknüpfen medizinische Diagnosen, Therapieformen und -ausgänge mit einer bestimmten, höheren Bedeutung ausserhalb eines rein biomedizinischen Deutungshorizonts; beide schliessen den reinen »Zufall« als Grund für die Situation aus. Auch eine potenzielle Skepsis gegenüber reproduktionsmedizinischen »Eingriffen« wird ähnlich begründet – zumindest, wenn es metasprachlich wiedergegeben wird. Eine Demut vor einer als transzendent erachteten Grösse wird in diesem Verständnis dabei missachtet und deren Plan für das einzelne Individuen torpediert. So decken sich auch beispielsweise die Aussage der evangelikalen Sonja mit der alternativreligiösen Helena in Punkto Verhütung. Beide betrachten ausschliesslich eine »natürliche Verhütung« als legitim, hormonelle Methoden deuten sie als »Chemie«, als »Eingriff« und als »künstlich«.

Der wesentliche Unterschied zwischen evangelikalem und alternativem Weltbild, so zeigen die Interviews, besteht jedoch im transzendierten Referenzobjekt. Die kontrollierende Instanz ist im evangelikalen Kontext *extern*, während sie im alternativen *intern* zu lokalisieren ist (vgl. Barker 2004: 26). Bei Letzterem wird auf eine Selbsttranszendierung referiert und damit die Idee vertreten, *man selbst* könne beispielsweise durch ein Ändern des »Mindsets« einen Einfluss auf das eigene Schicksal ausüben. Evangelikale hingegen sehen Gott bzw. Jesus als das transzendente Referenzsubjekt. Es kann folglich nicht primär darum gehen, Gott zugunsten der eigenen Wünsche zu beeinflussen, sondern viel eher, seine Absichten nachvollziehen bzw. die Zeichen, die er ihnen im Alltag gibt, deuten zu können (vgl. Kapitel 9). Lüddeckens/Walthert (2010) sprechen im Zusammenhang religiöser Gemeinschaften (wie den Evangelikalen) mit Referenz auf Hervieu-Léger (2004) davon, dass »damit [...] das Subjekt zwar Gegenstand, aber nicht Quelle von Legitimation [...] ist« (38). Religiöse Aussagen werden folglich auf die persönlichen Umstände des Individuums bezogen, dieses kann sich aber selbst keine Legitimation geben. Damit ist dieses alternative Grundkonzept nicht vereinbar mit der Art und Weise, wie Gläubige in einem evangelikal-gemeinschaftlichen Kontext ihren Glauben und ihr Weltbild legitimieren.

8.6 Theoretische Anschlüsse

CAM als religionswissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand

Die Präsenz der Verweise auf alternative Deutungen sowie die häufige Inanspruchnahme alternativer Dienstleistungen ist im vorliegenden Datenmaterial auffallend, gleichzeitig jedoch nicht überraschend. So ist insbesondere CAM bereits Bestandteil verschiedener religionswissenschaftlicher und -soziologischer Debatten, wie die Unterkapitel 8.1 und 8.2 veranschaulichen. Im Folgenden soll diskutiert werden, inwiefern die Ergebnisse für einen sehr spezifischen Fachdiskurs um CAM relevant werden können: denjenigen um ihren Stellenwert in der westeuropäischen bzw. nordamerikanischen Säkularisierungsdebatte (vgl. zu Säkularisierung Bruce 2001a; Pollack/Pickel 2000; Stolz/Senn 2022; Wilson 1990).

In dieser Debatte findet sich auf der einen Seite das Argument, dass CAM grundsätzlich als etwas Religiöses zu verstehen sei. Diese Deutung beschreibt beispielsweise die Religionswissenschaftlerin Candy Gunther Brown (2013): »During an average week, Americans of every religious background may take a class in yoga or t'ai chi at the gym, get a chiropractic adjustment or an acupuncture treatment [...] not noticing, or at least not discomfited, that they have been practicing religion all week long« (22; Herv. L.B). Browns Ausführungen bzw. ihre Formulierung wirken den beschriebenen Individuen gegenüber abwertend, weil sie ihnen aberkennt, die Religiosität der Angebote »erkennen« zu können (»not noticing«). Die zugrundeliegende These konnte jedoch auch im vorliegenden Datenmaterial identifiziert werden: Wunschelemente nehmen CAM in Anspruch, ohne dass sie dem eine religiöse Bedeutung zuschreiben. Nach dem Interview mit Fiona beispielsweise nahmen wir beide denselben Zug und sprachen auf der Fahrt über etwas weiter entfernt liegende Themen. Fiona interessierte sich für die fachliche Einbettung meiner Forschung. Die Antwort, es handle sich um eine religionswissenschaftliche Untersuchung, irritierte sie. Da das Interview mit Fiona eines meiner ersten war, irritierte mich damals noch wiederum *ihr*e Irritation, ging es im von ihr besuchten Fertility-Yoga doch um die Verbindung mit der »inner mother« und um Übungen, die die männlichen Aspekte des Körpers zugunsten der weiblichen in Schach halten sollen – aus religionswissenschaftlicher Perspektive also um eindeutig religiöse Vorstellungen.

Neben Fiona nahmen auch Rahel, Anja, Lea und Vera CAM in Anspruch, ohne dass sie dies als einen »spirituellen« oder »religiösen« Akt verortet hätten. Diese Beobachtung lässt sich auch quantitativ bestätigen. Trzebiatowska/Bruce (2013: vgl. 22–24) referieren auf die bereits 2001 durchgeführte Scottish Social Attitudes Survey, in welcher 85 Prozent der Frauen und 55 Prozent der Männer angaben, CAM, Yoga und/oder Meditation ausprobiert zu haben. Gleichzeitig gaben jedoch nur 16 Prozent der weiblichen bzw. 17 Prozent der männlichen Teilnehmenden an, dass sie sich selbst als »spirituell« beschreiben würden. Daraus lässt sich schließen, dass eine Selbstverortung als »spirituell« nicht (mehr) unbedingt als Voraussetzung zu betrachten ist, damit ein Individuum alternative Zugänge zumindest ausprobiert. Das führt unter anderem auch zur Frage, welche empirische Relevanz dem Idealtyp »SBNR« (Spiritual But Not Religious) längerfristig noch zukommen wird, wenn solche Selbstzuschreibungen weniger wichtig werden.

Ähnliches lässt sich sogar auf die Ebene der *Anbietenden* von alternativen Heilpraktiken übertragen. Keine der befragten Expertinnen bezeichnete sich aktiv als »spirituell«, und auch auf meine exmanent eingeführte Frage hin, ob sie sich mit dieser Bezeichnung identifizieren könnten, erhielt ich eher vage Antworten. Ein gutes Beispiel dafür ist Helena, die erklärte:

nein äh, »Spiritualität« ist auch wieder sehr behaftet wie das Wort »Gott«, [...] viele würden das [was ich mache und wie ich denke] spirituell nennen, aber ich bin Mensch und ja, ich bin absolut wirklich auch ein wenig (1) Freidenker sagt man dem, einfach möglichst frei von allen Systemen, aber ich glaube an Seelen, ich glaube an das Unsichtbare, an das Feinstoffliche, aber NICHT mit einem Glauben vernetzt, das ist es eigentlich, ich glaube nicht an (1) menschengemachte Religionen, ich glaube an universelle Naturgesetze, an Energien, an den Kosmos, der da ist, der für ALLE da ist, genau (Helena)

Dasselbe lässt sich über die Ausführungen der Hypnosetherapeutin Céline aussagen. Auf meine Frage hin, wie sie die Hypnose charakterisieren würde, lehnt auch sie eine eindeutige Kategorisierung ab bzw. führt hauptsächlich Ex-negativo-Definitionen an: Hypnose als »anerkanntes Verfahren« sei weder etwas »Spirituelles« noch »Esoterik«, es lasse sich nicht einordnen – ganz ähnlich, wie Helena das als »möglichst frei von allen Systemen« beschrieben hat. Klar sei für Céline nur, dass es »wirklich drum [geht], ganzheitlich zu arbeiten«. Die Religionswissenschaftlerin Chia Longman (2020), die in Belgien qualitative Interviews mit Heilpraktikerinnen durchgeführt hat, bestätigt: »[...] although one group of interviewees at a personal level did not ›disidentify‹ with the notion of spirituality, I often encounter that they ›secularized‹ their female empowerment practices« (81). Dabei handle es sich jedoch nur um eine Art Schein-Säkularisierung, denn die emische Ent-Koppelung der Inhalte von »Religion« und »Spiritualität« erfüllt einen spezifischen Zweck: Sie bedingt deren breite Anschlussfähigkeit. Candy Gunter Brown (2013) schreibt Anbietenden zu, dass sie die eindeutig religiöse Verortung ihrer Inhalte mehr oder weniger bewusst zugunsten der Betonung ihrer Wirksamkeit herunterspielen (vgl. 22). Auch wenn eine solche klare Intention auf Seiten der Anbietenden empirisch schwer nachweisbar ist, erscheint dies grundsätzlich plausibel. Helena vermarktet ihr alternatives Expertinnenwissen zum Thema Paarbeziehung und Sexualität, indem sie dieses auf den sozialen Medien oder in Form von Coachings und Workshops preisgibt, deren Inhalte käuflich erwerbbar sind. Auch Célines Dienstleistungen sind nur käuflich erwerbbar. Die breite Anschlussfähigkeit der religiösen Inhalte ist für Longman (2020) sogar ein ausschlaggebender Grund dafür, das gegenwärtige Zeitalter als »post-säkular« zu bezeichnen (vgl. 70). Neben einer fortschreitenden Säkularisierung in vielen Bereichen des alltäglichen Lebens komme es gleichzeitig zu einem »Revival« von Religion in anderen. Im gleichen Zusammenhang etablierte der Religionssoziologe Hubert Knoblauch (2009) den Begriff der »populären Religion«. ³⁴

Das religionssoziologische Autor:innenteam Trzebiatowska/Bruce (2013) konstatiert die gleichen Entwicklungen, interpretieren sie aber diametral gegensätzlich, und zwar

34 Die Bezeichnung »populäre Religion« wirkt an dieser Stelle widersprüchlich, weil die Inhalte ihre Popularität gerade *nicht* über das Label »Religion« erfahren.

als Indiz für eine fortschreitende Säkularisierung. Auf quantitative Studien Bezug nehmend argumentieren sie, dass Nutzende CAM nicht aufgrund eines Bedürfnisses nach einer »spirituellen Sinngebung« in Anspruch nehmen, sondern aufgrund einer Motivation, die sie als »weltlich« (»mundane«, 22) benennen: eine angestrebte grundsätzliche Steigerung des »Well-Being« und des Gesundheitszustands. Diesen Standpunkt adressiert Steve Bruce gemeinsam mit David Voas (2007) noch expliziter in deren kritischen Reflexion zur Publikation von Heelas/Woodhead (2005), die in der Religionswissenschaft viel Aufmerksamkeit erfuhr. Darin untersuchen die Autor:innen das »holistic milieu«³⁵ am Fallbeispiel der englischen Stadt Kendal. Sie gehen dabei der Frage nach, ob dort – stellvertretend für westliche Kontexte – gegenwärtig eine »spirituelle Revolution« stattfindet, die impliziert, dass »Religion« aufgrund eines gesellschaftlichen »subjectiv turns« durch »Spiritualität« ersetzt würde. Zwar verneinen die Autor:innen, dass die Entwicklungen als »Revolution« bezeichnet werden können, argumentieren jedoch für ein starkes Wachstum des »holistic milieus« in den vergangenen Jahrzehnten. Voas/Bruce (2007) widersprechen und empfinden das Label »Spiritualität« als inflationär gebraucht: »the label may be used to flatter anything from earnest introspection to beauty treatments, martial arts to support groups, complementary medicine to palm reading« (44). Man müsse unterscheiden zwischen den wenigen »tatsächlich« spirituellen Angeboten und solchen, die bloss »pseudo-science« seien (dazu zählen sie etwa solche, die ihre Aussagen aufgrund einer angenommenen »Energy Circulation« im Blut basieren) (vgl. 51). Auch hier fällt wieder das Argument, dass die Motivation für die Inanspruchnahme weniger »spirituell« als »weltlich« sei, wie etwa »stress relief« oder eine Steigerung der »self-confidence« (vgl. 53).

Die Debatte darum, ob CAM oder das »holistische Milieu« »religiös« sind oder nicht, ist eine Manifestierung einer sozialwissenschaftlich-religionswissenschaftlichen und womöglich auch forschungsethischen Frage: Wer definiert solche Label? Ist Fruchtbarkeits-Yoga religiös, wenn die Yogalehrerin sich selbst als »spirituell« verortet und eine religiöse Semantik anwendet? Überträgt sich dies auf die Nutzenden und müsste demzufolge auch Fiona als »spirituelles« oder »religiöses« Individuum betrachtet werden? Spielt es für die wissenschaftliche Kategorisierung überhaupt eine Rolle, wie Akteur:innen in einem Feld sich selbst verorten? Voas/Bruce argumentieren hinsichtlich dieser Frage widersprüchlich. Einerseits nehmen sie die feldinterne Verortung der CAM-Nutzenden als »nicht-religiös« als Argument für die Säkularisierungsthese, andererseits kritisieren sie Heelas/Woodhead für genau dasselbe Vorgehen. Auch sie haben die im Feld vorgenommene Einordnung der Anbietenden als »spirituell« zum Anlass genommen, um ein Angebot als »spirituell« oder »religiös« einzuordnen. Dazu merken Voas/Bruce an: »We [social scientists] are not obliged to accept the designations of groups offered by their leaders« (Voas/Bruce 2007: 56).

Folgt man dieser letzten Prämisse von Voas/Bruce, wird auch ihr grundlegendes Argument angreifbar. Selbst wenn Individuen CAM aus – wie sie es nennen – »weltlichen« Gründen nutzen, wie etwa »stress relief« oder einer angestrebten Steigerung des »Well-Beings«, kann das zugrundeliegende Konzept eines alternativen Angebots aus religionswissenschaftlicher Perspektive als »religiös« beschrieben werden. Dies ist

35 Dazu zählen sie u.a. Yoga und Homöopathie.

dann der Fall, wenn »Gesundheit« oder »Well-Being« *selbst* semantisch oder hinsichtlich der Performanz religiös verhandelt werden.³⁶ Das zeigen die hier untersuchten Fälle. Meistens nahmen die Frauen CAM nicht aufgrund spezifisch religiöser Bedürfnisse in Anspruch. Sie möchten schwanger werden und/oder suchen in den Therapieformen eine emotionale Entlastung. Trotzdem lässt sich mit Berechtigung sagen, dass sich das von ihnen genutzte Angebot auf Gesundheits-Konzepte stützt, die aus einer religionswissenschaftlichen Perspektive als »religiös« zu verorten sind (wie beispielsweise die Referenz auf eine »inner mother«). Auch Helenas Ausführungen zum »Kosmos«, den »universellen Naturgesetzen« und den »Energien« können als »religiös« klassifiziert werden, selbst wenn Helena sich nicht als eine »spirituelle« Person sieht. Diese Deutung findet sich auch bei anderen Religionswissenschaftler:innen wie etwa Dorothea Lüddeckens (2018) und Wouter J. Hanegraaff (1996). So argumentiert Lüddeckens mit beispielhaftem Bezug auf die Aromatherapie, hierbei seien »obviously religious aspects involved« (2018: 183). Dies begründet sie damit, dass eine Expertin einer Klientin dazu verhalf, sich mit ihrem »higher self« zu verbinden (vgl. 183). Auch Hanegraaff definiert Gesundheitskonzepte alternativer Zugänge dann als »religiös«, wenn sie Krankheit und Gesundheit eine spezifische, tieferliegende Bedeutung zuschreiben (1996: vgl. 44).

Die Skizzierung dieser Debatte macht klar, dass die Frage um die Religiosität von CAM nicht von einer einzelnen Autorität determiniert werden kann. Anbietende, Inanspruchnehmende sowie die (Religions-)Wissenschaft verhandeln die Frage, ob und inwieweit es sich dabei um etwas Religiöses handelt oder nicht. Allein schon durch die religionswissenschaftliche und -soziologische Bezugnahme auf etwas *wird* dieses diskursiv zu einem potenziell religiösen Objekt. Dies ist auch – vielleicht sogar in besonderem Masse – *dann* der Fall, wenn einem Gegenstand die Kategorie »religiös« explizit verweigert wird. Das zeigt sich eindrücklich daran, dass viele von Steve Bruce' Publikationen eine Reaktion auf andere Publikationen darstellen, die »Spiritualität« oder das »holistische Milieu« als Gegenthese zur Säkularisierung verstehen.³⁷ Insofern haben dezidierte Aussagen wie die folgende eine womöglich unbeabsichtigt performative Wirkung:

It is right and proper that these activities [e. g. CAM] should receive sociological attention; whether they have much to do with the sacred and hence the sociology of religion, except as a possible epiphenomenon of secularisation, is another matter (Voas/Bruce 2007: 44).

Gerade durch solche Bezugnahmen, auch wenn sie negativ sind, verhilft Bruce den alternativen Praktiken dazu, nachhaltig Bestandteil des Religionsdiskurses (Neubert 2016: 50) zu bleiben. Damit lässt sich der Stellenwert von CAM im Diskurs um Säkularisierung folgendermassen beantworten: CAM *kann* als Gegenargument für die Säkularisierungsthese herhalten, gerade *deshalb*, weil es nicht als monolithische Grösse verhandelt und eindeutig als »religiös« oder »nicht-religiös« klassifiziert werden kann (vgl. Zeuglin 2017:

36 Entsprechend ist auch eine Unterscheidung zwischen »spirituality« und »pseudo-science«, wie sie von Voas/Bruce vorgeschlagen wird (s.o.), nicht sinnvoll. Auch Gesundheitskonzepte, die Wissenschaftlichkeit postulieren, können als »religiös« verortet werden.

37 Vgl. neben den genannten auch beispielsweise Bruce' Rezension zu Hervieu-Légers Publikation »Religion as a Chain of Memory« (Hervieu-Léger 2000; Bruce 2001b).

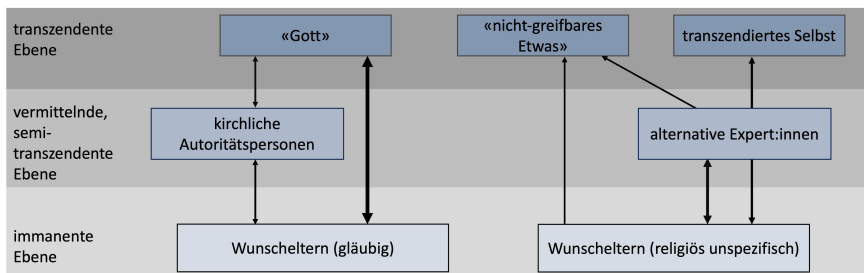
7). Es sind gerade diese Uneindeutigkeit und die Involvierung diverser Akteur:innen innerhalb und ausserhalb des Feldes, die besonders viel Anlass zur religionswissenschaftlichen Auseinandersetzung bieten.

9. Einbezug transzendenter Entitäten

Nahezu alle interviewten Wunscheltern bezogen in verschiedenem Umfang transzendente Entitäten in ihre Deutungszuschreibungsprozesse mit ein. Diese transzendenten Entitäten zeichnen sich dadurch aus, dass die Wunscheltern ihnen eine übergeordnete Position und Autorität zuschrieben. Sie gehen folglich davon aus, dass »jemand« oder »etwas« die Macht hat, in einem bestimmten Umfang in ihr Leben »einzugreifen« bzw. die Situation der ungewollten Kinderlosigkeit zu verändern. Im Folgenden werden diese Entitäten als *Transzendenz* und als *semi-Transzendenz* benannt. Der Status der »semi-Transzendenz« ergibt sich daraus, dass den entsprechenden Personen aufgrund ihres Wissens und/oder aufgrund ihrer Beziehung zur transzendenten Ebene eine herausragende Position eingeräumt wird. In beschränktem Umfang wird ihnen zugestanden, vergleichbare Handlungen vorzunehmen wie eine transzendente Grösse (z.B. jemanden »freisprechen«). Ausserdem wird ihnen teilweise ein privilegierter Zugang zur transzendenten Ebene zugeschrieben.

In der untenstehenden Grafik (Abb. 2) ist dargelegt, »wer« diese (semi-)transzendenten Rollen einnehmen kann und wie die unterschiedlichen Ebenen miteinander in Beziehung stehen. Die Grafik reflektiert die Perspektive der Wunscheltern und visualisiert entsprechend eine emische Sichtweise.

Abb. 2: Beziehungsnetz Interaktion mit Transzendenz



Quelle: eigene Darstellung

Es gibt in diesem Fall eine auffallend klare Trennung zwischen dem Teil des Samplings, der sich als gläubig identifiziert, und dem Teil, der sich religiös nicht spezifisch verortet. »Gott« und »kirchliche Autoritätspersonen« haben ausschliesslich eine Relevanz für Evangelikale, während alternative Expert:innen, das »transzendente Selbst« sowie das »nicht-greifbare Etwas« exklusiv für diejenigen relevant wurde, welche im Selbstbild nicht religiös sind. Die Pfeile geben erstens Aufschluss darüber, welche Bedeutung der Bezugnahme auf die transzendente Entität zugeschrieben wird (je dicker die Pfeile sind, desto relevanter) und zweitens über deren Qualität: Unidirektionale Pfeile drücken eine lediglich einseitige Bezugnahme aus, während bidirektionale Pfeile den Wert einer zugeschriebenen Reziprozität darstellen.

Auf der linken Seite ist die Sichtweise evangelikaler Wunscheltern abgebildet. Die wichtigste Bezugnahme auf eine Transzendenz wird als reziprok und daher als direkte Interaktion zwischen ihnen selbst und »Gott« wahrgenommen, hauptsächlich über das Gebet. Für Berger/Luckmann (1966: 40) ist *Reziprozität* ein hervorgehobenes Merkmal von Sprache: In sozialen Interaktionen erhalten Dialogpartner:innen »kontinuierlich und wechselseitig Zugang zum Denken des Anderen« (Abels 2020: 190). Auch für Georg Simmel (1989ff.), dessen Ausführungen häufig als soziologische Grundlage für den Interaktionsbegriff herangezogen werden, steht Interaktion für »Wechselwirkung«. In der Wahrnehmung von Evangelikalen handelt es sich beim Gebet also tatsächlich um eine soziale Interaktion, denn sie treten mit Gott in eine *wechselseitige* Form der Kommunikation. Gott fungiert als Dialogpartner sowohl als Adressat wie auch als Adressant. Im Gebet sprechen sie mit ihm und gehen davon aus, dadurch auch Zugang zu seinem »Denken« zu erhalten – seine »Antworten« nehmen sie auf verschiedene Arten wahr (vgl. 9.1). In einem geringeren Umfang nehmen auch kirchliche Autoritätspersonen (konkret Pastoren und Seelsorger:innen) der entsprechenden Gemeinden eine wichtige, semi-transzendente Rolle ein. Sie sind vor allem relevant als Vermittelnde zwischen den Wunscheltern und Gott, weil ihnen ein privilegierter Zugang zur Transzendenz Gott zugeschrieben wird. Kirchlichen Autoritätspersonen wird jedoch auch unabhängig von ihrer Vermittlungsrolle eine hervorgehobene Bedeutung zugeschrieben. Ratschläge, die von Seelsorgenden an evangelikale Wunscheltern herangetragen werden, haben für diese möglicherweise einen besonderen und handlungsleitenden Wert (vgl. 9.2).

Auf der rechten Seite wird illustriert, wie der andere, nicht spezifisch religiöse Teil des Samplings mit der semi-transzendenten Ebene interagiert und die transzendente Ebene miteinbezieht. Die Pfeile in Richtung der transzendenten Ebene sind nicht reziprok und drücken sich entsprechend nicht als Austausch aus, was – wie sich zeigen wird – einen grossen Einfluss darauf hat, wie stark deren Einbezug in die Deutungszuschreibungen als Ressource dienen kann. Ausserdem sind die Pfeile grundsätzlich weniger dick. Der Einbezug transzendenter Entitäten kann für religiös Unspezifische zwar ebenfalls wichtig werden, jedoch nicht für alle – es gab auch vereinzelt Interviews, in denen sich semantisch keine solchen Referenzen festmachen liessen. Wenn sie geschieht, dann auch nicht in einer durchgehenden Konsequenz. So beziehen sich die Wunscheltern in ihren Bedeutungszuschreibungen situativ auf ein nicht näher definiertes und semantisch variables »Etwas« (beispielsweise auf »die Natur« oder »das Universum«), um sich ihre Situation (die nicht stattfindende Reproduktion) erklärbarer zu machen (vgl. 9.3). Wichtiger war für viele der Austausch mit alternativen Expert:innen (wie Yogaleh-

rer:innen oder Heilpraktiker:innen), die sich u.a. auch auf die »Natur« u. dgl. beziehen. Es sind insbesondere das ihnen zugeschriebene Wissen und die persönliche Erfahrung, welche sie für Wunscheltern zu autoritativen Persönlichkeiten machen. Sie vertreten häufig die Prämisse, dass ihre Klient:innen vermehrt wieder zu »sich selbst finden« müssen, um die »wahren«, »inneren« Bedürfnisse zu identifizieren. Das kann sich semantisch beispielsweise in der »inneren Mutter« oder dem »wahren Ich« ausdrücken. Wer es schafft, Zugang zu seinem transzendenten Selbst zu finden, der ist gemäss dieser Vorstellung auch eher in der Lage, »sich selbst zu heilen«. Die alternativen Expert:innen gewähren den Wunscheltern über verschiedenste Techniken (Hypnose, Yoga, Atemtechniken usw.) so also den Zugang zu ihrem transzendenten Selbst (vgl. 9.4). In Unterkapitel 9.5 wird die empirisch relevante Frage nochmals aufgegriffen, wie alternative Expert:innen für Wunscheltern zu autoritativen Figuren werden und welche Ambivalenzen diese Beziehung hervorbringen kann. Dies wird durch den Rückgriff auf den Charisma-Begriff bei Weber und Hervieu-Léger diskutiert.

9.1 Gott

Die evangelikale Lebensführung umfasst idealtypischerweise den ganzen Alltag; jeder Bereich des Lebens wird durch den Glauben beeinflusst: »der Alltag wird [...] theologisiert« (Hoberg 2017a: 211). Zu dieser »Theologisierung des Alltags« gehört auch die regelmässige Interaktion mit einer Transzendenz, die in der Regel objektsprachlich als »Gott«, »Herr« oder »Jesus« realisiert wird. Die Gläubigen gehen davon aus, dass dieser »Gott« sowohl in ihrem Alltag als auch in aussergewöhnlichen Situationen wirkt und sie lenkt, und entsprechend pflegen sie eine intensive und persönliche, ja geradezu intime Beziehung zu ihm (vgl. ebd., vgl. auch Buchard 2014a: 81). Das unterscheidet die Evangelikalen fundamental von den religiös Unspezifischen im Sampling: *Alle* Aspekte des Kinderwunsches sind konsequenterweise auch mit ihrem individuellen Glauben verwoben. Religiöse Deutungen kommen nicht erst dann zum Zug, wenn andere – wie etwa medizinische – nicht mehr als befriedigend erlebt werden, und mit der als transzendent erachteten Entität wird nicht nur dann in Interaktion getreten, wenn beispielsweise herausfordernde Entscheidungen oder Lebenskrisen anstehen. In diesem Sinne können die evangelikalen Interviewpartner:innen als konsequenter und absoluter in ihrer Deutung verstanden werden als die religiös Unspezifischen (vgl. dazu die nachfolgenden Unterkapitel 9.3 und 9.4). Das bedeutet *nicht*, dass sie in ihren Bedeutungszuschreibungen immer kohärent sind. Ihr unerfüllter Kinderwunsch bestimmt nicht nur ihre Identität als Eltern oder eben Nicht-Eltern, sondern beeinflusst auch ihre Identität als christliche Gläubige. Als solche sehen sie sich zusätzlich mit der Aufgabe konfrontiert, zu ergründen, warum Gott ihnen die Elternrolle (gegenwärtig) nicht zugesteht. Insofern müssen sie immer eine doppelte Reflexionsleistung vollbringen und die beiden Themen sinnhaft aufeinander beziehen. Dabei kommt es zu Aushandlungsprozessen, die sich im Laufe eines langjährigen unerfüllten Kinderwunsches entwickeln und deren individuelle Ergebnisse sich verändern können.

Das Datenmaterial zeigt, dass es den Gläubigen meistens gelingt, diese beiden Themen sinnhaft miteinander in Einklang zu bringen – unabhängig davon, ob ihr Kinder-

wunsch schlussendlich erfüllt worden ist oder nicht. In ihrer Interaktion mit Gott lassen sich Ressourcen auf insgesamt vier verschiedenen Ebenen festmachen. Im Gebet – der häufigsten Form, in welcher Interaktion mit Gott stattfindet – und im Ausmachen von »Zeichen«, die Gott ihnen sendet, finden sie erstens konkrete und individuelle Handlungsanweisungen in herausfordernden (Entscheidungs-)Momenten (vgl. 9.1.1). Zweitens kann durch die Annahme eines allmächtigen Gottes ein Stück weit die Verantwortung auf ihn übertragen werden (vgl. 9.1.2), drittens kann Gott als empathischer Zuhörer auftreten, wodurch die Gläubigen sich als verstanden und ihre Gefühle als validiert wahrnehmen können (vgl. 9.1.3). Schliesslich, viertens, kann der Interaktion mit Gott auch eine explizit performative Wirkung zugeschrieben werden, wenn davon ausgegangen wird, dass sie selbst Gottes Wirken durch ihr eigenes intensives Glauben und durch Beten mitbeeinflussen können (vgl. 9.1.4).

9.1.1 »Gott, schenk du mir eine Antwort«: individuelle Handlungsanweisungen

Sowohl die Interviewdaten als auch bisherige Forschung zu Evangelikalen (vgl. insbes. Buchard 2014a; Czarnecki 2022; Hoberg 2017a) zeigen, dass die Bibel für viele von ihnen eine Art initiale Anlaufstelle darstellt, um daraus Handlungsanleitungen für alltägliche und ausser-alltägliche Lebenssituationen abzuleiten. Wo ein Transfer der Aussagen der Bibel auf die aktuelle und individuelle Lebenssituation nicht gelingt – etwa, weil die Situation zu komplex ist oder weil die Texte keine eindeutigen Vorgaben machen – wird das Gebet relevant. Dieses Interaktionssetting benennt Hoberg (2017a) als »Zwiesgespräch mit Gott« (212). Der Ausdruck ergibt auch für das vorliegende Sampling Sinn. Wenn die Interviewten mir von Situationen berichteten, in denen sie mit Gott in Kontakt traten, beschrieben sie eine reziproke Gesprächssituation.¹ Das zeigte sich besonders ausgeprägt bei Sonja und Sabine:

ich habe schon als junge Frau gelernt, [...] mit Jesus zu reden, also so natürlich wie ich mit dir spreche (Sabine)

da habe ich mir wirklich nochmals Zeit genommen mit Gott, einfach den Sommer lang dort habe gesagt »Herr, schenk du mir eine Antwort, einfach eine, die ich verstehe, was dran ist, wir wollen den Kinderwunsch nicht begraben, aber einfach WISSEN, ob für uns jetzt, für mich fertig ist mit medizinischer Hilfe« (Sabine)

Gott [hat] mir gezeigt »hey, es ist gut, wenn du aufhörst mit dem Thema« (Sonja)

ich habe dann auch Gott gefragt bei den [fehl]geborenen Zwillingen »wen wolltest du« (1) und dann habe ich die Namen [Name] und [Name] aufs Herz gelegt erhalten (Sonja)

Gott wird als Interaktionspartner angenommen, der – wie ein menschlicher Gesprächspartner – mit den Gläubigen »spricht«, ihnen etwas »zeigt«, den man etwas »fragen«

1 Vgl. zur Reziprozität zwischen Gott und gläubigen Evangelikalen auch die Publikation von Tanya Luhrmann (2012): »When God Talks Back: Understanding the American Evangelical Relationship with God«.

kann. Gebete werden auch verstanden als eine Art Beziehungspflege, die dabei helfen kann, ihn und seinen Plan für ein entsprechendes Individuum besser zu verstehen. Sabine hat sich mit Gott »Zeit genommen« und um eine Antwort gebeten. »Antworten« »kann Gott ›physisch‹, ›spirituell‹, oder auch ›verbal‹« (Buchard 2014a: 95, Herv. i. O.). Diese Art des Feedbacks kann zusammenfassend als »Zeichen« benannt werden (vgl. ebd.: 94). Evangelikale, die sich in als herausfordernd wahrgenommenen Lebenssituationen befinden und gewichtige Entscheidungen treffen müssen, suchen in ihrem Alltag nach Zeichen oder Hinweisen dazu, dass Gott mit ihnen in Interaktion tritt. Im US-amerikanischen Sampling von Czarnecki (2022) beispielsweise beschrieb eine Frau, wie sie ein solches Zeichen als »göttlich« identifizierte. Ihre medizinischen Behandlungen habe sie 100 Dollar monatlich gekostet, was sie finanziell herausforderte. Sie fragte Gott, ob sie es weiter versuchen solle, und erhielt – prompt – einen Brief von ihrer Autoversicherung. Diese teilte ihr mit, dass ihr eine Gebühr über 300 Dollar erlassen werde. Entsprechend war für sie klar, dass Gott ihr diese 300 Dollar zugesprochen hat, um drei weitere Monate in die Kinderwunschbehandlungen zu investieren. Eine andere Frau erklärte, dass nur die »divine intervention« sie dazu gebracht habe, zu verstehen, dass sie mit den Behandlungen aufhören sollte (vgl. ebd. 101–103). Darauf verwies auch Sonja, die mittels minimalinvasiver medizinischer Behandlungen viele Jahre versucht hat, Kinder zu bekommen, bis Gott ihr mitteilte, dass sie nun aufhören dürfe und solle (»hey, es ist gut, wenn du aufhörst mit dem Thema«). Sabine erhielt ihre Antwort dahingehend, als dass ein Pastor ihr konkrete Hinweise und Handlungsanleitungen vermittelte. Der Pastor habe wiederum ein Zeichen Gottes erhalten, dass er sich um Sabine und ihren Mann kümmern soll (s.u.).

Zentral für die Deutungsmuster der Evangelikalen ist, dass selten angestrebt wird, objektive und absolut richtige oder falsche Antworten zu finden. Grundlegend ist vielmehr der Gedanke, dass Gott oder Jesus für jedes Individuum einen individuellen Plan für ein glückliches Leben vorhergesehen hat. Was für eine Person richtig oder falsch ist, ist nicht unbedingt auf eine andere übertragbar. Jede:r soll selber herausfinden, wie Gott im Leben des Einzelnen wirkt (vgl. Hoberg 2017a; Liebsch 2001, vgl. auch 11.2.2). Das verbalisiert Sabine sehr konkret:

das Glück ist nicht das Kind, das Glück ist im guten Plan, den Jesus für mich hat, zu finden, die Erfüllung ist dort zu finden in diesem Weg, den er vorbereitet hat, den ich gehen darf (Sabine)

Interessanterweise zeigt die Empirie, dass das Gebet als Interaktionsmoment gar nicht immer nur als »Zwiegespräch« im Sinne eines Austausches zwischen zwei Kommunikationspartner:innen verlaufen muss. Alle der befragten evangelikalen Interviewpartner:innen sahen ihre Beziehung zu Gott (oder Jesus) nicht ausschliesslich als isolierte Zweierbeziehung, sondern auch als etwas, was sie mit anderen teilen wollten. Dies geschah vor allem im Rahmen von Betroffenennetzwerken oder privaten Kreisen. Sabine hat einen solchen Kreis organisiert. Im Interview erzählt sie, dass dort *gemeinsam* gebetet, über die individuellen Schicksale nachgedacht sowie Emotionen zugelassen werden und vor allem der Frage nachgegangen wird, ob die Einzelnen die göttlichen Zeichen richtig deuteten. Sabine führt aus:

ich hab da mal ein Treffen initiiert, das wir mehrmals gemacht haben, wo wir uns ermutigt haben, jede Frau hatte das, habe ich gemerkt, hatte irgendwie etwas anderes im Herz und Ermutigungen von Gottes Wort für ihren Kinderwunsch, (1) mhm, da haben wir gesagt, wir nehmen uns die Zeit, um uns regelmässig zu ermutigen im Glauben, aber auch zusammen zu weinen oder zusammen uns erzählen, was uns gestresst hat und so hatte ich dann ein wenig eine eigene Gruppe (Sabine)

jeder hat ein wenig eine andere Meinung und da muss man einfach selbst wissen, WO hat man den Frieden, wie kann man es vor Gott verantworten mit seinem eigenen Glauben vor Jesus (Sabine)

ich kenne auch Paare, die mit Jesus unterwegs sind, die VOLL im Glauben leben und die haben IVF gemacht, Kinder bekommen und Frieden über ihre Entscheidungen, die sie da getroffen haben, also vor sich und vor Gott, und für sie sind das stimmige Wege, darum muss eben jedes Paar für sich sehen »habe ich den Frieden darüber, ist das der Weg für mich mit allen Für und Dawider« und, und die leben glücklich und VOLL mit Jesus und, ja, im Glauben, dass das der richtige Weg für sie ist und sie haben dann Wunder erlebt, darum haben wir für UNS herausfinden müssen, was ist unser Weg (Sabine)

Alle tragen »etwas anderes im Herz«, werden von verschiedenen »Ermutigungen von Gottes Wort« angetrieben und gelangen womöglich zu divergierenden Handlungsanleitungen. Das führt auch dazu, dass einige in der Gruppe die künstliche Befruchtung als »richtigen Weg« erachten, während diese für andere – wie etwa für Sabine – nicht in Frage kam. Trotzdem bildet die Gruppe aufgrund der Verbindlichkeit des transzendenten Referenzrahmen eine kohärente Einheit. Dass die »richtige« Antwort *ausschliesslich* durch die Deutung göttlicher Zeichen gefunden werden kann, ist eine unverhandelbare Abmachung, an die sich alle Teilnehmenden stillschweigend halten müssen. Anders ausgedrückt zeigt sich hier, dass zwar jeder Frau die Freiheit zugestanden wird, sich für oder gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin zu entscheiden (»da muss man einfach selbst wissen«), die Legitimation *muss* jedoch über eine Referenz auf eine transzendente Grösse (Jesus bzw. Gott) erfolgen. Nur so wird gewährleistet, dass die Gruppe der Gläubigen als kohärente Grösse fortbestehen kann, auch wenn sie keine einheitlichen Entscheidungen treffen bzw. Handlungen vollziehen.²

Auch die anderen evangelikalen Interviewpartner:innen beschrieben, dass sie im Rahmen des Austauschs mit konfessionsgebundenen Selbsthilfegruppen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine künstliche Befruchtung nicht auf Ablehnung stiessen. Die beiden Paare, die eine christliche Selbsthilfegruppe als Verein gegründet haben, beschreiben einen vergleichbaren Ansatz: Jede:r muss eine »eigene Antwort« finden. Auffallend ist aber dennoch, dass sich alle *gegen* eine solche entschieden – nur Bianca und Nadine zogen die künstliche Befruchtung zumindest in Betracht. Sonja erläuterte im Gespräch, sie habe allgemein Mühe mit der Vorstellung einer künstlichen Befruchtung. Das Argument der überzähligen Embryonen (vgl. 10.1.3) – also des

2 Vgl. zur gemeinschaftlichen Validation des eigenen Glaubens Hervieu-Léger (2004).

menschlichen Erschaffens und Vernichtens von »Leben« – scheint entsprechend trotzdem eine gewisse Wirkungskraft zu haben und steht womöglich teilweise im Konflikt mit der Vorstellung, dass jede:r eine individuelle Antwort finden soll und kann.

9.1.2 »Gott, jetzt bist du dran«: »Abgabe« der Verantwortung

Eine zweite Ressource, die die interviewten Gläubigen in der Interaktion mit Gott fanden, bestand in einer gefühlten Abgabe der Verantwortlichkeit für das eigene Schicksal. Damit ist keineswegs eine einmalige »Übergabe« eines Verantwortungsgefühls gemeint, die die Gläubigen vor jeglicher Selbstverantwortung oder Reflexion bewahrt. Viel eher geht es einerseits um die konkrete Verbalisierung der Gewissheit, dass alles, was passieren wird, einem göttlich vorhergesehenen Plan entspricht, und andererseits um eine nachhaltige und langfristige Reflexion dessen, warum auch die Situation so, wie sie *jetzt* ist, »gut« ist.

Sabine und Fabian blicken in den folgenden Ausschnitten auf Momente zurück, in denen sie ihren Gottesglauben als Ressource fassten und sich gestärkt fühlten, obwohl es sich um emotional herausfordernde Situationen handelte:

und dann haben wir wie zu zweit [als Ehepaar] uns Zeit genommen im Gebet, dann einfach den ganzen Kinderwunsch in Gott gelegt, vor seinen Thron gelegt, Jesus in die Hand gelegt, und gesagt, wir begraben nicht den Kinderwunsch, aber wir beschliessen auch miteinander, wir haben das gemeinsam gemacht, jetzt nehmen wir keine medizinische Hilfe mehr in Anspruch (Sabine)

das ist ja auch etwas, das ja dann auch Frieden [...] geben kann, aber dass man dort, das ist jetzt in diesem Sinn von auch Übergeben und sagen ja »jetzt bist du [Gott] dran«, das ist jetzt in diesem Sinne etwas, das, äh, (1) wichtig ist uns und das uns Halt gegeben hat (Fabian)

Sowohl Sabine als auch Daniela und Fabian nahmen zunächst eine wenig invasive Form der medizinischen Hilfe in Anspruch. Nach einer gewissen Zeit mussten sie sich fragen, ob sie weitermachen oder die Behandlungen stoppen sollten. Beide kamen zum Schluss, dass die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe nicht ihrem Weg zum Ziel entspricht. Diese Entscheidung zu fällen, war für beide eine Art Zugeständnis: Sie haben alles in ihrer Macht Stehende versucht – sie haben finanzielle, zeitliche und emotionale Ressourcen in die Behandlungen gesteckt, für den Fall, dass es Gottes Plan für sie gewesen ist, ihnen *durch* reproduktionsmedizinische Verfahren Kinder zu schenken. Da dies nicht der Fall zu sein gewesen schien, gab es auch keine Notwendigkeit mehr, es auf diesem Weg weiter zu versuchen. Gleichzeitig entschieden sie in diesem Moment *nicht*, dass das auch bedeuten muss, dass Gott für sie keine Kinder vorgesehen hat. In einem metaphorischen und gleichzeitig performativen Akt der Übergabe der Verantwortung (den Kinderwunsch vor »seinen Thron legen« bzw. ein »Übergeben und sagen »jetzt bist du dran«) traten sie die Entscheidung über ihre Zukunft als kinderloses oder kinderreiches Paar in die Verantwortung Gottes ab.

Dieselbe Deutung findet sich auch in den Reflexionen von Evangelikalen, die sich auf die gegenwärtige Situation beziehen und in der sie mit dem Kinderwunsch abgeschlossen haben – sei es, weil sie Eltern geworden sind oder weil sie endgültig davon ausgehen, dass sie ein Leben ohne Kinder führen (werden). An dieser Stelle im Prozess geht es nicht mehr darum, Gott »freien« Handlungsspielraum zu gewähren, um ihn in seinem Sinne wirken zu lassen. Der Fokus liegt nun darin, in der Situation, wie sie eben ist, einen göttlichen Plan zu erkennen. Einige der evangelikalen Interviewpartner:innen reflektierten dies auf einer eher allgemeineren Art, wie etwa Tobias, Julia oder Daniela:

Gott hat für mich halt einen anderen Plan, [...] auch irgendwie die Abhängigkeit von Gott, irgendwie auch dankbar zu sein und zu sagen »und das nehmen wir auch noch und das gehört in mein Leben und es ist gut so« (Tobias auf *livenet*³)

das Vertrauen haben, dass Gott WEISS, was ich mir wünsche oder was ich BRAUCHE, ähm, und uns das gibt (Julia)

er hats im Griff und er könnte es machen und er muss aber nicht das machen, was wir wollen, und, und wahrscheinlich ist es gut, ist es gut so (Daniela)

Bei allen dreien wird klar, dass sie »wissen«, dass ihre momentane Situation, so wie sie sich gestaltet, »gut« ist und einer göttlichen Vorhersehung entspricht. Sie können aber noch nicht konkret artikulieren, woran sie dies festmachen: Gott hat offensichtlich einen anderen Plan vorgesehen als denjenigen der Elternschaft, und es ist auch klar, dass die Existenz eines solchen Planes nicht angezweifelt wird. Gott hat es »im Griff« und er »weiss«, was die Gläubigen brauchen. Sie selbst wissen es aber womöglich noch nicht oder können es zumindest noch nicht in Worte fassen. Markus und Andreas – deren Kinderwunsch schon länger zurückliegt – sind konkreter in ihren Aussagen:

da habe ich dann immer mehr den Sinn gesehen hinter dem Leben, dass Gott mich wie für diese Aufgabe bestimmt hat, dass wir jetzt halt eben die geistige⁴ Elternschaft haben und dass ich dort auch gespürt habe, dass, ähm, ja, dass man wirklich Menschen, also junge jetzt, sehr eine intensive Beziehung zu ihnen haben und sehr eine enge, fast eben wie Eltern, also dass wir für sie wie, wie Eltern sind oder wie Gasteltern oder, und ich denke mir, das ist jetzt das wo, wo ich jetzt meine Aufgabe auch drin sehe, wo Gott mich hineingestellt hat, nicht dass ich Vater bin und eigene Kinder habe, sondern dass ich jetzt halt, äh, eben, geistig der Vater bin (Markus)

alle meine Erfahrungen SONST mit Gott (1) sind immer so gewesen, dass er, äh, zu seinen Versprechungen steht, (1) dass er zu mir steht, dass er mich bedingungslos annimmt, (1) meine Gotteserfahrung ist eigentlich immer in diese Richtung gewesen und darum ist für mich, als ich mich dann mal ENTSCIEDEN habe, ist es mir relativ leicht [Original: ring] gefallen zu sagen »okay, (1) ich glaube dir Gott, dass du mit mir, dass

3 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.

4 Gemeint ist vermutlich sowohl hier als auch weiter unten im selben Zitat nicht »geistig«, sondern »geistlich«.

du mir ein erfülltes Leben schenken willst, auch in diesem Zerbruch und in Sachen, die einfach nicht so sind, wie ich mir das vorstelle«, (1) und mich bewusst dieser Spannung stelle, (1) dass das einfach ein Teil ist von meinem Leben, (1) [...] und in dem haben wir wie ein »JA« zu diesem Zerbruch gehabt (Andreas auf *livenet*⁵)

Beide, sowohl Markus wie auch Andreas, berichten im Interview, dass sie sich selbst durchaus in der Rolle eines Vaters gesehen und gemerkt hätten, dass ihnen diese liegt. Auch wenn beide keine Väter geworden sind, so können sie doch eine vergleichbare Rolle einnehmen. Sie beide sprechen die »geistliche Elternschaft« an, die sie für jüngere Mitglieder ihrer jeweiligen Gemeinden übernehmen. Damit etablierte sich für sie ein Eltern-Kind-gleiches-Verhältnis (Markus drückt es aus als »fast wie Eltern«). Markus und Sonja nehmen zusätzlich »Wandergesellen« auf, um diese Rolle auszuleben. Andreas' Formulierung zeigt zudem, dass er von seiner Entscheidung, »Gott zu glauben«, langfristig profitieren konnte. Er konnte seine Situation nicht nur einfach akzeptieren, sondern sie als wichtigen und identitätsstiftenden Bestandteil seines Lebens als etwas Positives annehmen. Zu diesem »Zerbruch«, wie er es nennt, der ja eigentlich etwas ursprünglich Negatives impliziert, habe er ein »Ja« gefunden.

Bereits in Studien, die zu früheren Zeiten oder zu anderen geographischen und religiösen Kontexten durchgeführt wurden, konnten vergleichbare Narrative als potenzielle Coping-Strategien identifiziert werden (vgl. z.B. Greil 1991 für christliche US-Amerikaner:innen in den 1980er-Jahren, Hiadzi/Boafo/Tetteh 2021 für den ghanaischen Kontext, Roudsari/Allan/Smith 2014 für iranische und englische Muslim:innen und Christ:innen). Die genannten Studien konstatieren jeweils, dass Religion insofern eine Ressource darstellen kann, als dass ein Verantwortungsgefühl abgegeben werden kann, weil Gott als zuständige Instanz auserkoren wird. Das kann durch die vorliegenden Daten zwar bestätigt werden, es bildet die Komplexität der Reflexion Betroffener jedoch nur bedingt ab. Die Vorstellung einer »Abgabe der Verantwortung« lädt zur Vermutung ein, dass es sich gläubige Menschen »leicht machen« würden, weil sie eine einfache Antwort auf die komplexe Frage des »Warum?« gefunden haben. Dieses Framing begegnete auch mir, wenn ich fachfremden Bekannten von meinem Projekt erzählte. Es hat sich allerdings gezeigt, dass es sich die Wunscheitern alles andere als »leicht« gemacht haben, zu einer zufriedenstellenden Antwort zu gelangen und dass dahinter ein mehrjähriger Reflexionsprozess steht. Dieser Prozess beginnt beispielsweise bei der Entscheidung, die medizinischen Behandlungen zu stoppen und damit die (vermeintliche) Kontrolle über die Situation ein Stück weit abzugeben. Eine weitere emotionale Leistung besteht darin, darauf zu vertrauen, dass die (aktuelle) kinderlose Situation so schon ihre Richtigkeit hat und nach entsprechenden »Zeichen« zu suchen, dass sie auf dem richtigen Weg sind. Schliesslich gelingt es ihnen womöglich sogar – wiederum durch eine Referenz auf ihr Vertrauen in Gott –, die Situation ins Positive umzudeuten. Diese emotionalen Leistungen erbringen sie durch aktive Bedeutungszuschreibungen und Interaktionen mit einer transzenten Grösse – durch ihr individuelles *Doing* unerfüllter Kinderwunsch.

5 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.

9.1.3 Gott, der »Zuhörer«: Aushandlungsprozesse und Validierung von Gefühlen

Eine dritte Ressource beschrieben die Interviewten in einer Art der Interaktion mit Gott, in der sie ihn als mitleidenden und tröstenden Zuhörer wahrnahmen. Relevant wurde diese Ressource vor allem in Situationen, die von den Wunscherlern als akute Krise wahrgenommen wurden, punktuell auch noch nach Abschluss dieser Zeit. Ein besonders gutes Beispiel für Letzteres lässt sich in Biancas Ausführungen identifizieren. Bevor ihr Kind zur Welt kam, erlebte sie drei Fehlgeburten. Den emotionalen Schmerz, den sie dabei verspürte, widerspiegelte sich in ihrer Wahrnehmung in ihrer Umwelt, durch welche Gott mit ihr kommunizierte. Damit erfuhr sie in ihrer Trauer eine Validation:

also, ich hab mich auch schon so bei der 1. Schwangerschaft hab ich mich einfach so geLIEBT gefühlt irgendwie, weil, weil's halt doch geklappt hat und dann, ähm, (1) wars auch so, es hat dann, bevor wir zur Frauenärztin wieder gegangen sind, ähm, als wir dann erfahren haben, dass es nicht gelebt hat, nicht mehr lebt, ähm, (1) hats, sollte es eigentlich schon lange regnen ein paar Tage zuvor und es hats einfach alles aufgehalten und es gab dann, so wies halt in der Schweiz eigentlich theoretisch nie gibt, so einen richtigen (1) starken Regen kam dann runter, und dann kams mir schon so wie vor, ähm, (1) also ich hatte am Abend vorher so ganz wenig Blut, also, fast nichts, hätte auch einfach nichts sein können, und da kams mir schon, da wusste ich, als ich dann den Regen gesehen hab, da wusste ich irgendwie »oh ich glaube, das Kind lebt nicht mehr« und hab mich so wie, so als würde Gott weinen oder einfach so das Traurige oder, ich weiss auch nicht, dann hat, habe ich mich einfach irgendwie auch so gehalten gefühlt (Bianca)

Auch wenn Bianca etwas widerfahren ist, dem sie Gefühle der Trauer zuschreibt, hatte sie durch das transzendente Interaktionsmoment zugleich ein positives Erlebnis: ein »Zeichen« oder gar den Beweis, dass Gott »mit ihr fühlt«, sie in ihrem Schmerz wahrnimmt, sie liebt und mit ihr zusammen dasselbe Ziel verfolgt. Die Interaktion mit Gott wird von Bianca in diesem Sinne auch als explizit reziprok wahrgenommen. Nicht nur sie sucht den Kontakt mit ihm, sondern auch umgekehrt. Für Bianca – typisch für Mitglieder pfingstlerischer Gemeinden – hat Gott ihr seine Empathie für sie auf eine physisch wahrnehmbare Art bewiesen, und zwar über das Wetter. Auch der göttliche Trost selbst nimmt eine physische Komponente an: Sie fühlt sich von Gott »gehalten«. Diese physische Nähe beschreibt auch Tobias: »ich behaupte er [Gott] nimmt dich auch in den Arm, also das ist das, was ich empfunden habe, und diese Nähe« (Tobias auf *livenet*⁶). Während Bianca die Validation ihrer Gefühle und den Beweis dafür, dass Gott sie »sieht«, vor allem über solche von ihr als »Zeichen« gedeuteten Erlebnisse wahrnahm, geschah dies bei den meisten anderen Interviewpartner:innen primär über das Gebet. Dieses beschrieben einige als einen »Ort«, um alle ihre Gedanken und Gefühle zu platzieren, um ihnen den nötigen Raum zu geben.

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

einen Ort zu haben an dem ich jederzeit mich einfach voll verstanden gewusst habe, und mit Gott konnte ich hadern, mit Gott konnte ich weinen, mit Gott konnte ich diskutieren, also diskutieren einfach so wirklich meine ganze Gefühlswelt, ich hatte einen Ort um Hinzugehen, damit, ich war eigentlich nie alleine (Sonja)

ich merke, das habe ich auch bei Gott, oder das habe ich gelernt in Krisenzeiten, dass ich diesem Gott jetzt ganz ungehobelt begegnen kann, ganz echt und einfach mal alles sagen, was ich wirklich auf dem Herzen habe, (1) und nicht das Gefühl habe, er sei dann irgendwie enttäuscht von mir, sondern irgendwie erlebt habe in dem drin, dass er wirklich damit umgehen kann mit allen meinen Schi, Schimpfereien, ihm gegenüber, oder, (2) und wie er mir dann in dem drin begegnet ist und irgendwie, (1) der Tröster, (1) und, ähm, dass wieder die Identität mir wieder bestätigt hat als Mensch und Kind von ihm (Andreas auf *livenet*⁷)

ich kann jetzt nicht sagen, ich hätte nicht geweint [Original: grännet], und äh, mal auf den Tisch gehauen, aber diese Emotionen braucht es, Gott lässt sie zu, er hört zu (Tobias auf *livenet*⁸)

Wie Bianca beschreiben auch Sonja, Andreas und Tobias ihre Interaktion mit Gott sprachlich explizit als etwas Reziprokes; sie verweisen auf einen Kommunikationspartner, der wie ein menschliches Gegenüber interagiert. Mit ihm kann man diskutieren, er lässt die Gläubigen nicht alleine, er kann mit deren Emotionen umgehen, er reagiert darauf, tröstet, bestätigt Identitäten und lässt Emotionen zu. Das Gebet zeigt sich hier folglich als ein Ort, an dem sie ihre – mehrheitlich negativen – Gefühle wie Wut und Trauer zulassen dürfen. Die Hervorhebung und Betonung dieses »Ortes« als emotionale Ressource lässt sich ein Stück weit über das die evangelikalen Wunscheltern umgebende Umfeld erklären. Die »fruchtbare Welt« (vgl. Kapitel 12) – und evangelikale Gemeinden im Besonderen – lassen wenig Raum für kinderwunschbezogene Gefühle und möglicherweise auch Ressentiments zu. Besonders Evangelikale bewegen sich in ihren Gemeinden häufig an Orten, in denen das Elternsein das wichtigste Identitätsmerkmal ausmacht (wie beispielsweise an Familiengottesdiensten oder anderen kinderbezogenen Anlässen). Es bleibt ihnen nur das Zwiegespräch mit Gott, um all das platzieren zu können, was ihre Umwelt nicht zulässt. Insofern stellt das Gebet als Ort der Validation der eigenen Gefühle und als Bestätigung des Selbstwertgefühls eine kaum zu unterschätzende Ressource dar, wie das etwa Daniela explizit für sich auf den Punkt bringt: »der Glaube ist schon eine mega Ressource im Umgang mit dieser Lebenssituation, (2) und, ja, ich weiss nicht, wie wir das machen würden, wenn wir jetzt nicht den Glauben hätten«, oder, wie es mir auch Bianca in einer Textnachricht im Anschluss an das Interview nochmals bestätigen wollte: »Bestimmt wäre ich ohne den Glauben depressiv [geworden]«.

Die Ausführungen bedeuten indes *nicht*, dass sich die Wut und Trauer der Betroffenen nicht auch gegen Gott selbst gerichtet haben. Es gab für viele Evangelikale auch

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

8 Ebd.

Momente, in denen sie ihren Glauben kurzzeitig in Frage gestellt haben oder sich nicht mehr sicher waren, ob ihre Vorstellung eines *liebenden Gottes* noch akkurat war.

in dem Moment, als es klar war, es gibt KEINE [Kinder], (1) habe ich wie, über das bin ich zu Gott zurück, und dann habe ich gesagt, du hast mir ein VERSPRECHEN gegeben, du hast mir ein volles, ein erfülltes Leben versprochen, und das beinhaltet doch Kinder, und irgendwie so die Herausforderung, hat er mich jetzt angelogen, (2) oder, ist es wirklich so (Andreas auf *livenet*⁹)

zuerst habe ich ihn [meinen Glauben] mega in Frage gestellt »was soll das jetzt, wenn es einen Gott gibt, und der gut ist, und der für uns sorgt, warum schaut er nicht für mich, wo ist er, hört er überhaupt, sieht er all diesen Schmerz oder ist ihm das einfach egal [Original: wurst]«, (3) und ja, und gleichzeitig denke ich, es hat sehr viel Tiefe gegeben (Nadine)

es hat sicher Momente gegeben, da habe ich mich schon von Gott distanziert in dem Sinne weil ich einfach auch wütend war und der Meinung war »das ist einfach nicht fair« (Daniela)

Die bisherigen Erfahrungen der Gläubigen, dass Gott sie fair behandelt und ihre Gebete erhört, wurde durch die Erfahrung des langjährigen unerfüllten Kinderwunsches erschüttert oder zumindest kurzzeitig auf die Probe gestellt: Er hat »gelogen«, er »sieht den Schmerz nicht«, es interessiert ihn nicht, er »handelt unfair«. Auch in Untersuchungen anderer qualitativ Forschender konnte diese Deutung nachgewiesen werden. Bei den Interviewpartner:innen von Greil (1991) und Roudsari/Allan/Smith (2014) handelt es sich u.a. um Angehörige christlicher Kirchen, deren Grad an Religiosität jedoch nicht weiter spezifiziert wird. In diesen Samplings gaben einige der Interviewten an, dass sie Gott die Frage gestellt haben, warum gerade sie von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen seien, obwohl es dafür keinen offensichtlichen moralischen Grund gäbe. Auch hier beschrieben viele eine gewisse Wut gegenüber Gott, dessen Handlungen sie nicht (mehr) verstanden. Einige gaben im Interview mit Greil an, sie hätten punktuell versucht, Gott in Gebeten Versprechen zu formulieren, die sie einlösen würden, sobald er ihnen Kinder »geschenkt« hätte. Doch als dies nichts nützte, hätten sie damit wieder aufgehört. So führte die Erfahrung teilweise sogar dazu, dass die Interviewten aufhörten, an Gott zu glauben (vgl. 160–167). Greil konstatiert entsprechend, dass »Religion«¹⁰ lediglich die Frage nach den Gründen für den als krisenhaft erlebten Zustand eröffnet, diese aber nicht zu beantworten vermag:

Thus religion does not provide meaning for my respondents, as one might expect; religion does not provide most couples in my sample with resources upon which they can call to explain to themselves their experience of suffering. The majority of those in my sample who reported seeking meaning in the experience of infertility seemed dissatisfied with the progress of their search (167).

9 Ebd.

10 Greil beschränkt sich hier auf ein Religionsverständnis, das den Glauben an einen personifizierten Gott impliziert.

Greil ist sehr klar und absolut in seiner Analyse: Religion habe sich für seine Interviewpartner:innen nicht als Ressource erwiesen. Mein Datenmaterial widerspricht diesem Schluss. Auch diejenigen Wunscherltern, die von stellenweise negativen Gefühlen ihrem Glauben oder Gott gegenüber sprachen, wurden nicht nachhaltig in ihrem Weltbild erschüttert, sondern wurden darin teilweise sogar gefestigt (vgl. Nadine: »gleichzeitig hat es sehr viel Tiefe gegeben«). Ausnahmslos alle gaben an, dass sie sowohl vor als auch nach ihrer Kinderwunschzeit geglaubt hätten. Das gilt auch für diejenigen, die kinderlos blieben. Es gibt zwei mögliche Erklärungsansätze für Greils und meine divergierenden Schlüsse hinsichtlich der Frage, ob die Interaktion mit Gott für betroffene Gläubige eine Ressource darstellt oder nicht.

Erstens muss hervorgehoben werden, dass Greil kein Religionswissenschaftler ist und die Frage nach Religion als Ressource oder Belastung allgemein nur nebensächlich behandelt. Ein religionswissenschaftlich-sozialwissenschaftlicher Blick könnte Religion durchaus auch für Greils Interviewpartner:innen als potenzielle Ressource konstatieren. Auch wenn es *negative* Gefühle (hauptsächlich Wut) waren, die die Befragten Gott gegenüber äusserten, so kann das Gebet dennoch als Ort verstanden werden, wo diese negativen Gefühle artikuliert und kanalisiert werden können. Die Wut kann durch den Glauben an einen personifizierten Gott auf ein Subjekt projiziert und damit fassbarer gemacht werden – das zeigt sich deutlich in den weiter oben abgebildeten Zitaten von Sonja, Andreas und Tobias. Dass die Frage nach dem »Warum gerade ich?« von der Religion *an sich* ausgelöst, aber nur ungenügend beantwortet werden kann und daher eher eine Belastung als eine Ressource darstellt, scheint dabei ebenfalls wenig haltbar. So hat sich im vorliegenden Datenmaterial gezeigt, dass diese Frage *alle* Interviewten in irgendeiner Form beschäftigte, auch diejenigen, die sich in ihrem Selbstverständnis explizit von Religion und Spiritualität distanzieren. Insofern müsste man Greils Aussage präzisieren: Nicht Religion oder der Glaube an sich, sondern die unbefriedigende Auseinandersetzung mit der »Warum-ich-Frage« stellt eine Belastung dar. Für nicht-spezifisch religiöse Personen vermögen Antworten, die an ein christliches Gottesbild gekoppelt sind, keine zufriedenstellende Antwort auf diese Frage liefern. In diesem Fall wäre Religion (in einem »klassischen« christlichen Verständnis) *weder* eine Ressource *noch* eine Belastung – sie führte schlicht nicht zum angestrebten Ziel.

Zweitens bleibt unklar, ob sich Greil im obengenannten Zitat auf einen spezifischen Teil seines Samplings oder aber auf den Teil bezieht, der sich als »gläubig« identifiziert. Vermutlich handelt es sich aber nicht um Evangelikale. Entsprechend kann es sein, dass der Glaube für seine Interviewpartner:innen – anders als im vorliegenden Sampling – nur punktuell und nicht allumfassend relevant ist. Daher haben die Befragten womöglich eine andere Vorstellung davon, zu welchem »Zweck« gebetet wird. Die evangelikalen Interviewpartner:innen in meinem Sampling suchten das Zwiegespräch mit Gott primär deswegen auf, um »seinen Plan« für sie besser zu verstehen oder um in ihm einen Zuhörer zu finden, der ihre Gefühle validiert. In Greils Beschreibungen hingegen ist abzulesen, dass seine Interviewpartner:innen deswegen beteten, weil sie sich erhofften, dass er ihre Wünsche direkt erhört und in die Tat umsetzt. Sie setzten also auf eine ganz konkrete Performativität des Gebetes. Wenn entsprechend keine Schwangerschaft in der Folge eines solchen Gebetes eintritt, kann dies bereits als Beweis dafür herhalten, dass Beten »nichts bringt«. So wird klar: Insbesondere für Personen mit einem sehr intensi-

ven Gottesglauben, die es gewohnt sind, ihre Umgebung permanent und allumfassend religiös zu deuten und nicht »nur« in ausseralltäglichen Krisensituationen auf religiöse Antworten zurückgreifen, kann das Gebet eine emotionale Ressource darstellen.

Die Idee eines performativen Gebets – also des Gebets, das »wirkt« und mit dem man die Welt verändern kann – ist jedoch auch unter den Evangelikalen ein Diskussionspunkt. Sie stellt die vierte Möglichkeit dar, wie die Gläubigen darin eine Ressource im Zwiegespräch mit Gott wahrnehmen können.

9.1.4 Gott, der »Snackautomat«? Performative Interaktion mit Gott

Gehen Gläubige davon aus, dass ein Gebet und der intensive Gottesglaube unmittelbar »wirken«? Die meisten der Interviewten gingen nicht explizit auf diese Frage ein, aus ihren Ausführungen lassen sich aber dennoch Schlüsse daraus ziehen, welches performative Potenzial sie dem Gebet zuschreiben. Vor allem Bianca und Sabine führten die Erfüllung ihres Kinderwunsches direkt auf ihre Interaktion mit Gott zurück.

Die Gemeinde, in welcher Bianca aktiv ist, veranstaltet jährlich ein gesamtschweizerisches Treffen. An einem dieser Treffen erlebte sie gemäss ihren Ausführungen im Interview gerade einen Abort und trat, emotional besonders erregt, in einen intensiv erlebten Kontakt mit Gott und erläuterte ihm, wie sehr sie sich wünschen würde, beim nächsten Treffen wieder schwanger zu sein. Zwar wurde Bianca die beiden darauffolgenden Jahre nicht schwanger, allerdings fanden auch keine Treffen statt – die COVID-19-Pandemie hat dies verhindert. Als im darauffolgenden Jahr wieder ein Treffen stattfinden konnte, war sie im 7. Monat schwanger. Für Bianca gab es einen klaren kausalen Zusammenhang zwischen dem zweifachen und coronabedingten Ausfallen der Treffen und dem Zeitpunkt ihrer Schwangerschaft: »er [Gott] hat das irgendwie so gelenkt, dass halt, ja dass sich mein Wunsch erfüllt«. Bianca nahm ihren Wunsch, den sie während des letzten Treffens vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie an Gott gerichtet hat, als performativ wahr. Indem sie in Kontakt mit ihm getreten ist und einen so konkreten Wunsch äusserte, beeinflusste sie Gott in seinem Wirken. Auch hier zeigt sich wieder, dass »Gott« als reziproker, also als tatsächlich *antwortender* Interaktionspartner wahrgenommen wird. Bianca verbalisiert diese Antwort von Gott folgendermassen: »hey, das ist mir eigentlich nicht egal, dein Wunsch ist mir nicht egal, du hast dir das gewünscht und das, ähm, und ich LIEBE dich und möchte dir den Wunsch so erfüllen«. Neben einer emotionalen Rückversicherung, dass Gott sie in schwierigen Zeiten auffängt, wird die Interaktion mit ihm so zu einem selbstwirksamen Erlebnis für Bianca. Sie selbst hat durch ihren verbalisierten Wunsch an ihn etwas dazu beigetragen, dass sie heute Mutter eines Sohnes ist.

Ein zweites Beispiel ist der Fall von Sabine. In der Bibel stiess sie in den Psalmen auf einen Vers, der sie nachhaltig beeinflusste. Dieser lautet: »der unfruchtbaren Frau schenkt er Kinder, damit sie eine glückliche Mutter wird«. Das kommentiert sie folgendermassen:

die [biblische] Verheissung, dass er [Gott] Kinder schenkt, glückliche Mutter macht, und, dann habe ich angefangen, das für mich zu nehmen, als meine Verheissung, und das wirklich jeden Tag nicht als ein Mantra, das finde ich jetzt falsch, sondern als, wie

wenn jemand würde eine Tablette oder eine Medizin oder ein Vitamin nehmen, habe ich mir das einfach immer vor Augen gemalt, ja das ist Gottes Absicht über mich, [...] das hat mir so einen Motor gegeben in allen Ups and Downs einfach daran zu glauben, dass ich Mutter werden darf, und mein Mann und ich haben beide daran geglaubt, dass wir, und waren überzeugt, dass wir einen Gott haben, der Wunder tun kann (Sabine)

Die tägliche Rezitation des Verses hatte auf zwei verschiedenen Ebenen eine performative Wirkung für Sabine. Zum einen ergab sich für sie aus der permanenten Rückversicherung, dass Gott »Wunder tun kann« und entsprechend »der unfruchtbaren Frau Kinder schenken kann« eine fast unerschöpfliche Quelle des Antriebs (»Motor«). An anderer Stelle im Interview umschreibt sie diesen »Motor« als »Freude zu glauben und zu glauben und zu glauben, dass das für mich kommen wird«. Es war also ihr Glaube und ihr Vertrauen in die Wunder-Fähigkeiten Gottes, die ihr überhaupt die Kraft gaben, jahrelang weiter zu versuchen, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Zum anderen sprach sie auch ihrer Handlung, »Gottes Absicht über mich [vor Augen zu malen]«, eine performative Kraft zu. Dies wird insbesondere deutlich an ihrem Vergleich dieser Handlung mit der Einnahme einer Tablette, von Medizin oder eines Vitaminpräparats. Ihr Glaube *veränderte* das Resultat, wie eben auch eine medizinische Intervention tatsächlich physisch fassbare Veränderungen bewirken kann. Das zeigt sich nochmals deutlicher in ihrer Reflexion an der folgenden Interviewstelle:

wenn wir [die Situation] einfach angenommen hätten, hätten wir diese Kinder nicht, würde ich jetzt mal behaupten, weil dann hätte ich mich nicht so ausgestreckt nach Gottes Verheissungen nach der Begegnung mit Jesus in meinem Schmerz, und ja, gewisse Sachen entstehen nach bestimmten Wartezeitpunkten, weil die Zeit noch nicht reif ist, aber wo man dranbleiben muss (Sabine)

In Sabines Verständnis ist ihr Kinderwunsch nur deswegen, weil sie sich »ausgestreckt« hat nach »Gottes Verheissungen nach der Begegnung mit Jesus«, auch in Erfüllung gegangen. Es *braucht* in Sabines Verständnis also ein aktives Engagement der gläubigen Person, damit Gott das »Wunder« vollbringen kann, und sie wurde für dieses Engagement belohnt. Hier zeigt sich, wie stark der Glaube für Sabine eine Ressource darstellte. Sie übernimmt die Kontrolle über die Situation, indem sie bestimmte Handlungen durchführt, denen sie eine Bedeutung zuschreibt (das Rezitieren des Verses, das »Glauben mit Freude«, das »Ausstrecken nach Gottes Verheissungen«). Dabei erlebt sie sich, genauso wie Bianca, als selbstwirksam. Das Ergebnis der Situation – dass sie heute Mutter zweier Kinder ist – schreibt sie einerseits Gottes Wunderfähigkeiten zu, andererseits aber auch sich *selbst*.

Diese explizit performative Wahrnehmung von Interaktionen mit Gott zeigt sich nur bei denjenigen Interviewpartner:innen, die zum Zeitpunkt des Interviews Eltern biologischer Kinder waren – sprich bei Bianca und Sabine, in geringerem Umfang auch bei Nadine. Pollack/Rosta (2022) bezeichnen diese Idee als »Wohlstandsevangikalismus«: Wer fest genug an Gott glaube, der werde durch Wohlstand (im wortwörtlichen wie auch im übertragenen Sinne) belohnt (vgl. 473). Für eine metasprachliche Beschreibung mutet der Begriff recht normativ an, und tatsächlich deckt er sich mit der emischen Sichtweise.

Es gibt auch innerhalb evangelikaler Gemeinden Kritik an dieser Vorstellung (vgl. ebd.). Auch im vorliegenden Sampling wurde die Idee, dass Menschen Gott durch ihr eigenes Handeln (etwa durch Gebete oder »intensives Glauben«) beeinflussen können, neben Sabine und Bianca eher kritisch diskutiert. So führen Fabian bzw. Julia aus:

wie funktioniert das mit Gott, also, ist jetzt Gott der Wunschautomat oder, ich meine, [...] wenn er das macht, dann ist er ein guter Gott und sonst gibt es ihn nicht, oder, und, da ist natürlich jaa, ich will jetzt da nicht oberklug wirken, aber, man muss das wie einfach auch verstehen, das funktioniert nicht so, weil sonst hätten wir auch nicht den Krieg (Fabian)

wir glauben ja auch an die Macht des Gebets sage ich jetzt mal, oder dass das etwas bewirkt, unabhängig jetzt von einer Beruhigung von mir selbst, oder dass ich zu mir selbst spreche, also glaub ich eigentlich schon dran, dass, (1) aber nicht in dem Sinn, ich sag immer »Gott ist kein Snackautomat« (Julia)

Die Metapher »Gott als Snack- bzw. Wunschautomat« veranschaulicht die Kritik an der Idee, dass Menschen Gott durch ihre Gebete oder andere Arten der Interaktion beeinflussen können. Es leuchtet ein, dass diese Kritik vor allem von denjenigen vertreten wird, die bis zum Zeitpunkt des Interviews keine biologischen Kinder bekommen haben. Für sie gestaltet sich auch ihr Verhältnis zum Glauben komplexer: Sie müssen die Tatsache, dass Gott ihnen trotz intensiven Kinderwunschs keine Kinder »geschenkt« hat, reflektieren und sie in ihre religiöse Identität aufnehmen. Das ist eine Aufgabe, vor der Sabine und Bianca nicht (mehr) stehen. Sie können ihre Gebete als erhört und sich selbst entsprechend als »geliebt« oder »von Gott wahrgenommen« verstehen. Diese Ressource fehlt vielen der Befragten, weswegen es einleuchtet, dass für sie das, was weiter oben (9.1.1) beschrieben wurde, umso wichtiger wird: Sie müssen sich damit auseinandersetzen, welchen Plan Gott (oder Jesus) für sie *statt* der Elternschaft vorgesehen hat. Es ist denkbar, dass diejenigen, die Eltern geworden sind, im Interview auf andere Deutungsnarrative verwiesen hätten, wenn dieses zu einem Zeitpunkt stattgefunden hätte, als sie hinsichtlich der Erfüllung ihres Kinderwunsches noch im Ungewissen waren.

9.2 Kirchliche Autoritätspersonen

Für einen Teil der evangelikalen Interviewpersonen eröffnete sich der Zugang zu Gott zusätzlich zum individuellen Zwiegespräch mit ihm auch über eine vermittelnde Instanz. Dieser Instanz wurde die vermittelnde Rolle aufgrund ihres institutionellen Status innerhalb der evangelikalen Gemeinden zugeschrieben. Es handelt sich um Seelsorger:innen, worunter insbesondere Pastoren¹¹ zu nennen sind. Pastoren stellen eine personifizierte »spirituelle« Autorität dar; ihnen wird die Rolle des »Hirten« oder des »An-

11 Die sprachlich männliche Form wird hier bewusst verwendet, um die Empirie abzubilden. Frauen sind zwar im grösseren Teil der evangelikalen Freikirchen für das Pastorenamt zugelassen, in der Realität kommt es aber ausgesprochen selten vor (vgl. Buchard 2014b: 162). Ausserdem wird im vorliegenden Fall nur auf männliche Amtsträger verwiesen.

führers« zugeschrieben.¹² Er nimmt eine Vorbildfunktion ein, soll die Mitglieder der Gemeinde »leiten« und sie in denjenigen Verhaltensweisen und Glaubensüberzeugungen lehren, die als grundlegend gelten. Die Metapher des »Hirten« veranschaulicht, dass der Pastor idealtypischerweise nicht als »Herr« oder »Chef« auftritt, sondern vielmehr »inmitten« seiner »Herde« (vgl. Buchard 2014b: 145f.).

Seelsorgende stellen für evangelikale Wunscheltern deswegen eine weitere potenzielle Ressource dar, weil ihnen eine gewisse Autorität und ein privilegierterer Zugang zu Gott zugeschrieben wird. Diesen können sich Wunscheltern zu Nutze machen. Eine erste Manifestierung davon findet sich in Sabines Ausführungen. Sie spricht im folgenden Ausschnitt über die Zeit, nachdem sie mit ihrem Mann beschlossen hat, keine weiteren medizinischen Behandlungen mehr in Anspruch zu nehmen und es Gott zu überlassen, ob und wann sie Eltern werden würden:

in dieser Zeit haben wir von einem Mann Gottes, der mit Gott sehr unterwegs ist, der uns gar nicht gut gekannt hat, seine Frau hat mich eigentlich gekannt, aber er hat, als sie ihm erzählte, dass wir Kinderwunsch haben, hat er begonnen für uns zu beten, das wussten wir nicht, aber er hat dann wie von Gott ein Wort der Hoffnung erhalten für uns und hat uns mal eingeladen, es ist ein Pastor, und dann hat er gesagt, er habe von Gott für uns empfangen, es gehe nicht mehr lange und ich werde schwanger werden, (1) und dann ist »NICHT MEHR LANGE«, da denkt man natürlich, ja ist das jetzt schon nächsten Monat oder, in der Hoffnung, genau, so dachte ich natürlich, aber er hat dann noch gesagt, es sei im Zusammenhang mit dem Baby das meine Schwester jetzt im Bauch hat, weil meine Schwester war da grad schwanger, es habe irgendeine Verknüpfung, aber WIE kann er es nicht genau sagen, etwas, das ausgelöst wird, wenn ich das Mäd-, das Baby, man wusste da ja noch nicht, dass es ein Mädchen ist, in den Armen halte (Sabine)

Tatsächlich verzeichnete Sabine ihr erstes positives Schwangerschaftsresultat exakt sechs Monate nach dem Geburtstag ihrer Nichte. Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Sabine – ob in der Aufarbeitung der Situation oder bereits während ihres Kinderwunsches – den Aussagen des Pastors eine hervorgehobene Bedeutung zuschrieb. Sie geht davon aus, dass der Amtsinhaber einen privilegierten Kontakt zu Gott hat. In diesem Verständnis teilt Gott auch Inhaltliches über andere Gläubige mit dem Pastor.

Ähnlich verhält es sich im Fall von Sonja, welche eine Seelsorgerin aufsuchte, um ihre erste Fehlgeburt zu verarbeiten. Sie erzählt:

die Seelsorgerin hat damals zu mir gesagt »hast du deinem Kind einen Namen gegeben?«, (1) und dann nachher meinte ich »einen Namen geben ist ja, 6. Woche, ich weiss doch nicht oder so«, und ich habe aber ein Buch gelesen und in diesem Buch ist der Name Gabriel¹³ darin vorgekommen und ich fand »wow so ein schöner Name«, und habe das so als ich schwanger war Markus gesagt und er meinte auch, das gefalle ihm, also

12 Gleichzeitig sind in der Struktur der Gemeinden in der Regel Mechanismen wie beispielsweise die Installation von Leitgremien vorgesehen, die eine autoritäre Machtausübung verhindern (vgl. dazu ausführlicher Buchard 2014b: 147f.).

13 Es handelt sich dabei – wie auch bei der Referenz auf lebend geborene Kinder – um ein Pseudonym und *nicht* um den Namen, den Sonja für ihren Sohn gewählt hätte. Dies geschieht hier nicht nur

war eigentlich schon klar, wenn wir einen Jungen bekommen wird's ein Gabriel, also das ist in dieser kurzen Zeit, total klar gewesen, Mädchen keine Ahnung, und dann habe ich das der Seelsorgerin gesagt und dann haben wir darüber gebetet und Gott hat sich mir gezeigt mit Gabriel auf dem Arm (Sonja)

Sonja wusste bereits vor dem Besuch bei der Seelsorgerin, welchen Namen ihr fehlgeborenes Kind haben würde, wenn es ein Junge geworden wäre. Was sie hingegen nicht wusste, war, ob es sich bei diesem Kind überhaupt um einen Jungen gehandelt hat. Indem sie das Gespräch mit der Seelsorgerin aufsuchte, konnte sie sich diese Bestätigung einholen: Gott hat sich ihr »gezeigt mit Gabriel auf dem Arm«. Auch wenn Sonja sich selbst als fähig sah, auch ohne die Seelsorgerin als Vermittlerin mit Gott zu interagieren, machte es hier einen Unterschied, dass sie mit ihr *gemeinsam* »darüber gebetet hat«. Erst jetzt bestätigt ihr Gott, dass es sich bei ihrem fehlgeborenen Kind um einen Jungen – Gabriel – handelt. Es wird aus ihren Ausführungen nicht ganz klar, was diesen Unterschied genau ausgemacht hat. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass Sonja der Seelsorgerin – ähnlich wie Sabine dem Pastor – einen autoritären Zugang zu Gott zuschreibt. Dem Gebet, das sie mit ihr gemeinsam durchführt, spricht sie eine hervorgehobene Bedeutung zu.

Ein letztes Beispiel, bei dem ebenfalls eine Seelsorgerin als autoritäre Person auftritt, findet sich in Miriams Ausführungen.

was MIR sehr geholfen hat, ich hatte eine Phase, in der ich sehr erschöpft war, (1) und ich bin dann nachher auch in die Seelsorge und habe das wie angeschaut, und sie hat gefragt, was, was sind denn so die Themen, die, die Energie brauchen, (1) und für mich war SO klar, der, der unerfüllte Kinderwunsch, das ist das Thema, das am meisten Energie braucht, und ich bin davon ausgegangen, das ist ja jetzt logisch, das, was am meisten Energie braucht, das, das schaut man jetzt an, (1) und sie hat nachher gesagt »weisst du, (1) schau die anderen Sachen an, schau die Sachen an, die jetzt z.B. beim Arbeiten oder so, weil dort kannst du etwas daran verändern, (1) und, und, das ja, das ist irgendwie in absehbarer Zeit veränderbar, (1) und das hat mir SO Entlastung gegeben, einfach zu wissen, okay, das ist einfach ein Thema, das das Energie saugt, immer wieder, manchmal bewusst, manchmal unbewusst (Miriam livenet¹⁴)

Dieser Fall ähnelt den beiden letztgenannten in zwei Aspekten, während er sich in einem anderen unterscheidet. Erstens stellt die kirchliche Amtsinhaberin für die Betroffene auch hier eine Ressource dar, und zweitens wird ihr wiederum eine gewisse Autorität zugeschrieben. Aus der Interaktion mit ihr kann Miriam eine Entlastung erfahren; die Seelsorgerin spricht ihr zu, dass sie sich auf *andere* Themen konzentrieren darf und sollte. Das ist im evangelikalen Kontext nicht unbedingt auf der Hand liegend, wenn man bedenkt, wie zentral die Themen Kinder und Familiengründung sind (vgl. Kapitel 12).

aus Anonymisierungsgründen, sondern auch deswegen, weil so die Kontrolle über diese intime Information bei den Wunscheltern bleiben kann.

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.

Gleichzeitig gibt dieser Fall noch einen Hinweis auf ein weiteres Spezifikum des institutionell-christlichen Kontexts. Die Seelsorgerin agiert in Miriams Ausführungen nicht als Vermittlerin zwischen Gott und Gläubigen, sondern spricht und fungiert – anders als Sonjas Seelsorgerin – weniger auf einer emotionalen oder religiösen Ebene denn auf einer analytischen und nüchternen. Miriam spricht nicht davon, dass sie mit ihr gemeinsame religiöse Handlungen (wie etwa gemeinsames Beten) durchgeführt hätte. Vielmehr habe sie ihr Ratschläge erteilt, die nichts mit ihrer Beziehung zu ihrem Glauben oder zu Gott zu tun haben: Sie solle sich auf diejenigen Themen in ihrem Leben fokussieren, bei denen sie die Kontrolle übernehmen kann. Miriam schreibt der Seelsorgerin eine Rolle zu, die in ausdifferenzierten Kontexten eher von psychologisch geschulten Therapeut:innen ausgefüllt wird.

Damit zeigt sich, dass kirchliche Autoritätspersonen auf verschiedenen Ebenen Kompetenzen und Legitimation zugesprochen werden können. Sie können einerseits in der Funktion als Therapeut:innen auftreten, andererseits durch den ihnen zugesprochenen privilegierten Zugang zu Gott als vermittelnde semi-Transendenzen. In beiden Fällen schrieben die Interviewten den Kontakten eine positive Bedeutung zu.

9.3 »Natur« und nicht greifbares »Etwas«

Der Einbezug von als transzendent wahrgenommenen Grössen findet sich auch ausserhalb des explizit religiösen Kontexts. Im Unterschied zu diesem referieren Individuen, für die eine persönliche Gottesvorstellung keine Relevanz hat, konsequenterweise auch nicht auf einen Gott und nutzen keine Gebete, um mit ihnen in Verbindung zu treten. Daraus ergeben sich zwei Konsequenzen: Die Referenz auf eine Transzendenz erfolgt erstens viel weniger umfassend, sondern situativ an spezifischen Stellen im Prozess des unerfüllten Kinderwunsches. Diese Wunschertern sind damit weniger konsequent und kohärent in ihren Deutungen als die evangelikalen Interviewpartner:innen. Ob eine transzendente Macht relevant ist für ihre individuellen Sinngebungen variiert je nach Situation; manchmal wird eine solche Deutung im Interview angesprochen, nur, um sich danach wieder von ihr zu distanzieren, oder sie ist für die retrospektive Deutungszuschreibung an gewissen Stellen in ihrem Kinderwunsch-Prozess einmal relevant und danach wieder nicht. Zweitens ist das Referenzobjekt – also die Frage, um *wen* oder *was* es sich bei der transzendenten Entität handelt – variabel und drückt sich semantisch in diversen Formen aus (wie »Natur«, »das Leben«, »Kosmos«, »Energie«, »inner mother«, »Mutter Erde« usw.).

Allerdings zeigen sich bei näherem Hinschauen auch Ähnlichkeiten zum christlichen Kontext, auch wenn sich viele der nicht-evangelikalen Interviewpartner:innen explizit von institutionalisierter Religion abgrenzen. Ob der Interaktionspartner ein persönlicher »Gott« oder ein »nicht-greifbares Etwas« ist – in beiden Fällen wird (situativ) angenommen, dass die individuelle Situation der Wunschertern (auch) durch diese »höhere Macht« erklärbar wird und dass diese sich in ihren Entscheidungen an einem dem Menschen nicht vollständig zugänglichen »Plan« orientiert.

Im Folgenden wird zunächst ausgeführt, welche Schlüsse und Handlungsanleitungen Wunschertern aus der Vorstellung ziehen, dass potenziell eine nicht näher definier-

te »höhere Macht« in die menschliche Fortpflanzung involviert ist. Die Daten zeigen, dass die »höhere Macht« sowohl als Legitimationsinstanz *für* als auch *gegen* die Inanspruchnahme medizinischer Eingriffe verstanden werden kann. Dabei ist es notwendig, auch den die Wunscheltern umgebenden Diskurs sowie die Meinungen der alternativen Expert:innen näher anzuschauen, denn beides prägt deren Deutungszuschreibungen massgeblich (vgl. 9.3.1). Im Anschluss daran wird aufgezeigt, wie ambivalent sich die Deutung für die Wunscheltern selbst gestalten kann. Gerade deswegen, weil sie sich meist nur situativ darauf beziehen, kann sie manchmal eher Irritation auslösen statt konkrete Handlungsanleitungen zur Verfügung stellen (vgl. 9.3.2).

9.3.1 Verhältnis von »Natur« und Reproduktionsmedizin

Inkompatibilität

Dass in fast allen Interviews eine Referenz auf eine transzendente Grösse in irgendeiner Form zur Sprache kam, hängt auch mit dem die Wunscheltern umgebenden Diskurs zusammen. Auf diesen Diskurs bezogen sie sich im Gespräch teilweise auch explizit. Der Verweis auf eine nicht näher definierte Macht oder Kraft – häufig sprachlich umgesetzt im Ausdruck »Natur« – scheint im Kontext der menschlichen Fortpflanzung allgemein anschlussfähig zu sein. Das zeigen etwa Posts in den sozialen wie auch in den klassischen Medien. Artikel, in denen die Beteiligung der Schweizer Krankenkassen an reproduktionsmedizinischen Eingriffen diskutiert wird, evozieren eine Vielzahl an Kommentaren.¹⁵ In der überwiegenden Mehrheit dieser Kommentare äussern sich Schreibende negativ zu diesem Thema. Interessant daran ist, dass das ökonomische Argument (gegen den Anstieg der Krankenkassenprämien) in einigen Fällen mit religiöser Semantik aufgeladen wird. So fällt auffallend häufig das Argument der »Natur«, die manchmal »halt nicht so wolle wie wir« und deren Launen »heutzutage nicht mehr akzeptiert« würden. Der »Natur« wird also eine Intention oder Absicht zugeschrieben, sie tritt als Instanz auf, die mitbestimmt, wer Mutter oder Vater werden soll und darf. Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch agieren in einer Welt, in der dieser Topos omnipräsent ist, was die Ausführungen von Lea (t1) und Anja und Tim veranschaulichen:

dann heisst es »du darfst nicht in die Natur eingreifen«, blablabla (Lea t1)

A: wenn jemand Krebs hat, dann lasse ich der Natur AUCH nicht ihren Lauf und es würde auch NIEMAND verlangen von den Leuten, dass sie der Natur ihren Lauf lassen [...]

T: »ist halt die Natur«

15 Am 9.10.2022 titelte der Zürcher Tagesanzeiger »Es wäre fair, wenn Krankenkassen die künstliche Befruchtung zahlen würden« (online verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/es-waere-fair-wenn-krankenkassen-die-kuenstliche-befruchtung-zahlen-wuerden-744964314205>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025) und am 5.11.2022 »Sollen Krankenkassen für den Kinderwunsch bezahlen?« (online verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/sollen-krankenkassen-fuer-den-kinderwunsch-bezahlen-432076698863>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

A: ja ist halt Natur und jetzt bist du halt ein Gemüse im Bett, sondern wir machen ALLES, dass diese Leute wieder laufen, reden, schlucken, essen können, alles, und (1) bei mir ist es irgendwie, ich bin AUCH krank, und ich habe mir das NICHT so ausgesucht, genau gleich wie eine Person, die Krebs hat oder einen Hirnschlag hat, die es sich auch nicht ausgesucht hat, und ICH muss aber zahlen dafür und der andere erhält Leistungen und ich meine, ich weiss, wie teuer das Gesundheitswesen ist und ich weiss, wie viel ein Tag Reha-Klinik-Aufenthalt kostet, ich meine, das ist einfach SO, und dort ist Gesundheitsmedizin, oder, oder die Reproduktionsmedizin ist ein Klacks daneben (Anja und Tim)

Lea sowie Anja und Tim verweisen in ihren Ausführungen auf die Widersprüchlichkeit, mit der menschliche Reproduktion im Diskurs, der sie umgibt, verhandelt wird. Einerseits erleben gerade sie, wie stark sich die Biomedizin des Themas angenommen hat und wie institutionalisiert dessen Medikalisierung heute ist. Im biomedizinischen Kontext bewegen sie sich jedoch in einer Art Blase, die nicht den allgemeinen Diskurs repräsentiert. Während hier nämlich der Therapievollzug oder der »Eingriff« in den Körper und die Fragmentierung körperinterner Prozesse normalisiert ist und Betroffene dazu *angehalten* werden, Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen (vgl. Kapitel 7), implizieren Aussenstehende manchmal viel eher gerade die gegenteilige normative Handlungsanleitung: die »Natur« zu akzeptieren. Dieser Topos steht also im Gegensatz zu demjenigen der Biomedizin, der die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin bei einem unerfüllten Kinderwunsch als Default markiert.

Dieses Framing wird semantisch und inhaltlich noch expliziter von einem Teil der alternativen Expert:innen vorgenommen. Im vorliegenden Sampling lässt es sich auf fast schon idealtypische Art und Weise bei Helena feststellen, die sich ganz grundsätzlich gegen jegliche Form der Reproduktionsmedizin ausspricht. Helena ist Expertin zum Thema Paarbeziehung, Sexualität und Kinderwunsch und bietet entsprechende Vorträge, Workshops, Seminare und Coachings an (vgl. Kapitel 8). Im Interview erläutert sie:

nichts passiert in diesem Kosmos OHNE Grund, es ist ALLES in einer unglaublichen Balance, auch wenn wir es nicht wahrhaben wollen, das Ganze ist SO intelligent, das überspringt unseren Verstand und darum, die Menschen identifizieren sich leider oft nur mit dem Körper und, und, (1) ja, sind sich nicht bewusst, dass es da noch eine Intelligenz gibt, wie auch immer man die nennen will

es hat IMMER einen Grund, warum dass etwas klappt oder nicht, und manchmal merkt man es erst fünf oder zehn Jahre später, z.B. unerfüllter Kinderwunsch zwischen einem Paar, (1) ein Jahr später stirbt einer, (1) [leiser] das war Fügung [...], die Natur entscheidet eben, ob die Bakterien kompatibel sind

jegliches Reinfunkeln ist ein Reinfunkeln, ein Nicht-Akzeptieren-Können, eben die Entscheidung des Lebens NICHT im Ego akzeptieren können [...], mir geht es darum, (1) dass wir ein wenig wieder demütiger werden vor dieser (1) Intelligenz, (2) ich bin nicht der Meinung, dass wir da reinfunkeln sollten, Punkt, (1) einfach nicht

es kann wirklich sein, dass die Natur sagt, es [die ungewollt kinderlose Partnerschaft] ist eigentlich wie zwei Magnete, die sich wie abstoßen und vielleicht macht sie unter anderem aus diesem Grund dann kein neues Leben (Helena)

Helena spricht von der »Natur«¹⁶ auf vergleichbare Art und Weise, wie dies die evangelikalen Interviewpartner:innen mit Blick auf »Gott« getan haben. Ähnlich wie bei klassischen Gottesvorstellungen kommt es dabei immer wieder zu einer Personifizierung dieser als transzendent verstandenen Macht. Ihr wird eine Art sakrales Wissen zugeschrieben, welches dem Menschen nicht zugänglich ist (»das Ganze ist SO intelligent, das überspringt unseren Verstand«). Die als transzendent erachtete Natur agiert entsprechend diesem Wissen und leitet die Ereignisse im Leben von Individuen. Dies geschehe stets zu deren Besten – auch wenn sich ihnen der Sinn dahinter nicht sofort erschliesse (»manchmal merkt man es erst fünf oder zehn Jahre später«). Sich gegen den Weg der »Natur« oder »des Lebens« zu stellen und »reinzufunkeln«, betrachtet Helena entsprechend als prinzipiell schlecht: Es bedeutet, die transzendente Intelligenz anzuzweifeln und die eigenen momentanen Bedürfnisse höher zu gewichten und als handlungsleitend zu verstehen. Personen, die dies täten, würden sich auf illegitime Art in der Position der Entscheidungsträger:innen sehen, statt sich der Intelligenz unterzuordnen. Entsprechend fehlt es diesen Personen an einer notwendigen Demut (»die Entscheidungen des Lebens NICHT im Ego akzeptieren können«). Nicht zuletzt schreibt sie es auch der »Natur« zu, Leben zu »machen«; eine »Aufgabe«, die im christlichen Kontext Gott zugeschrieben wird.¹⁷ Mit Luhmann ausgedrückt lässt sich damit sagen, dass die Verhandlung des Themas ausserhalb der Fruchtbarkeitskliniken – im allgemeinen Diskurs sowie im alternativen Milieu – nach wie vor *auch* über das System Religion geschieht.

Kompatibilität

Die bisherigen Ausführungen in diesem Unterkapitel mögen den Anschein erweckt haben, dass die Referenz auf eine nicht genauer definierte Transzendenz das Narrativ perpetuiert, demzufolge die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin etwas grundsätzlich Illegitimes darstellt. Das zeigt sich auch tatsächlich in vielen Kontexten; während eines Feldaufenthalts bei einem Kinderwunsch-Infoanlass konnte ich dasselbe Narrativ auch bei der auf Kinderwunsch und Schwangerschaft spezialisierten Homöopathin Rita beobachten (vgl. 8.2.3). In anderen Begegnungen und Interviews mit alternativen Expert:innen jedoch zeigte sich, dass viele von ihnen – *trotz* oder gerade *aufgrund* der Referenzen auf eine transzendente »Natur« o.Ä. – eine weitaus weniger eindeutige Meinung zu diesem Thema aufwiesen. Sowohl Claudia (TCM-Heilpraktikerin) als auch Céline (Hypnosecoachin), Sara (Fruchtbarkeits-Yogaleiterin) und Martina (Yogalehrerin) sprachen sich explizit dafür aus, dass alternative und biomedizinische Ansätze in diesem

16 Helena verwendet alternativ zu »Natur« auch die Ausdrücke bzw. Beschreibungen »etwas, das wir nicht erklären können«, »Naturgesetze, die herrschen, von denen wir KEINE Ahnung haben«, »die Entscheidung des Lebens«, »eine unsichtbare Quelle«, »Intelligenz« und »Kosmos«.

17 Entsprechend ihrer Wertevorstellung berät Helena ihre »Kinderwunschpaare« nicht hinsichtlich ihrer medizinischen Möglichkeiten, sondern regt sie dazu an, die Paarhistorie (»die eigene Timeline«) aufzuarbeiten, um dort die »wahre« Ursache für den unerfüllten Kinderwunsch herauszuarbeiten (vgl. 8.4.2).

Bereich enger zusammenarbeiten. Bereits unter 7.3.1 wurde ein Zitat von Martina eingebracht, in welchem sie es der »Natur«, dem »göttlichen Funken« oder einer »Energie« zuschreibt, zu entscheiden, ob »es [eine Schwangerschaft] passieren soll«. Weiter führt sie aus, dass es dabei egal sei, ob dies ohne »Hilfe«, mittels Reproduktionsmedizin oder ihrer »natürlichen Mittelchen« geschehe. Martinas Ausführung zeigt beispielhaft auf, inwiefern die Referenz auf ein nicht-greifbares, transzendentes »Etwas« auch als Legitimation für die konträre Handlungsanleitung dienen kann. Während Helena und Rita in der künstlichen Befruchtung eine Sabotage des transzendenten Plans sehen, interpretiert Martina diesen transzendenten Plan als so mächtig, dass jegliches menschliche Handeln daran nichts ausrichten kann: »Wenn es sein soll, dann darf es passieren«. Eine IVF ist dann genauso wie ihre natürlichen »Mittelchen« bloss ein Hilfsmittel, um diesem Plan auf die Sprünge zu helfen.¹⁸ Martinas Ausführungen veranschaulichen weiter, wie divers sich dieses transzendente und nicht greifbare Etwas semantisch ausdrücken kann. Sie spricht von einer »Energie« und einem »göttlichen Funken« und verweist mit Letzterem auf eine christliche Semantik. Dies wird ihr unmittelbar bewusst und sie relativiert ihre Aussage damit, dass sie »überhaupt in keiner Religion« sei. Wie bei Helena zeigen sich aber starke Parallelen zum explizit christlichen Framing. Entscheidend ist der zugrundeliegende Gedanke, dass einer höheren Macht – und sicher nicht den Menschen bzw. den Mediziner:innen – die alleinige Entscheidungskompetenz zusteht, ob eine Schwangerschaft eintreten wird oder nicht. So erläuterte auch die christlich-gläubige Sabine (s.o.), dass es Gott sei, der ihren Kinderwunsch *durch* die Reproduktionsmedizin oder eben auf »natürliche« Art erfüllen würde. Die Medizin ist sowohl für die evangelikale Sabine als auch für die alternative Martina lediglich das Mittel zum Zweck, um ebendiese »Energie« oder diesen »göttlichen Funken« zu entfachen.

9.3.2 Vage Annäherung an Transzendenz

Bisher wurde ausgeführt, dass Wunscheltern in den Interviews auf den *Diskurs um* eine nicht näher bestimmte höhere Macht eingingen und dass alternative Expert:innen auf »Natur« referieren (oder auf vergleichbare Grössen, die als handelnde Akteur:innen verstanden werden), um ihre Haltung gegenüber der Reproduktionsmedizin zu begründen. Auch einige Wunscheltern verwiesen in den Interviews direkt auf eine solche Idee. Wie bereits angesprochen, taten sie dies sehr viel situativer als die Evangelikalen; zudem war diese Referenz für sie nur eingeschränkt handlungsleitend, wie das anhand der Fälle von Lea (t1), Lorena, Rahel (t2) und Fiona illustriert werden kann:

aufs Universum, keine Ahnung, auf irgendet- irgendetwas, von dem wir nicht wissen, wer das steuert, darauf bin ich wütend [Original: hässig] (Lea t1)

ich bin immer noch so ein wenig wütend [Original: hässig], dass ich irgendwie [...], für etwas so Selbstverständliches, für das SELBSTverständliche vom Leben musstest

18 Dieses Narrativ wurde bereits im 7. Kapitel aufgeführt, dort hingegen unter einem anderen Gesichtspunkt: »Natur« wird (etwa von Reproduktionsmediziner:innen) als Bestandteil statt als Antagonist der IVF verhandelt, um sie damit zu legitimieren (vgl. 7.3.1).

du zahlen, und DU musstest einen Aufwand betreiben, was, (1) was eigentlich ein Geschenk ist, (1) das ich nicht erhalten habe (Lorena)

ich habe dann nicht so [das] Ding wie »Gott hat das so gewollt« oder so, aber, es ist dann schon so ein wenig irgendwie so, irgendwie eine Art (1) höhere Macht, die irgendwie nicht will, dass ich schwanger bin <lacht>, oder ich weiss doch auch nicht, das ist manchmal schon so ein wenig, so ein wenig, wahrscheinlich auch ein wenig unbewusst, also ich habe mir nie gesagt »eine höhere Macht«, aber das ist so ein wenig, weiss auch nicht, irgend- irgendwie, eben, wieso klappt es, eben ich will dann wie WISSEN, wieso klappt es nicht, und es kann es mir niemand sagen und das ist dann schon ein wenig unbefriedigend (Rahel t2)

dann haben wir die erste IVF gemacht und (1) das war dann eigentlich auch ein Schritt, bei dem ich, ähm <räuspert sich>, am Anfang wirklich lange hatte und überlegt habe »sollen wir es überhaupt machen?« oder, ja es ist, irgendwie ist es mir dort auch wie etwas sehr Grosses vorgekommen, ich hatte auch wirklich so ein wenig Angst davor, [...] es ist noch schwierig zu beschreiben, ich weiss nicht, ich habe, ähm, (3) ja irgendwie habe ich wie so ein wenig Respekt gehabt, weil ich das Gefühl habe, man forciert vielleicht etwas, das irgendwie nicht zu Sein gedacht ist <lacht>, (3) so ein wenig philosophisch ausgedrückt, (2) oder also, (3) ja es ist, ich finde es noch schwierig, es ist irgendwie, (4) also ich bin ja, eigentlich bin ich, also ich bin [naturwissenschaftlicher Beruf], also ich komme so (2) halt von einer, ähm, (2) eigentlich sehr, (1) äh, wie sagt man dem, (3) halt, halt so facts-orientierten Seite, oder, oder, [...] rational, ähm, (3) oder es ist, irgendwie, ja ich verstehe die ganzen Prozesse im Körper, die versteht man bis zu einem gewissen Grad und dann kann man halt in die eingreifen und, ähm, ja, irgendwie, ist es mir wie so ein wenig komisch vorgekommen (2) in diese Prozesse einzugreifen (Fiona)

Lea, Lorena, Rahel und Fiona beschreiben in verschiedenem Umfang und mit anderen Worten dasselbe Problem: Die Deutung, die sie ihrer Erfahrung zuschreiben, lässt sich terminologisch schwer ausdrücken. Das zeigt sich an den vielen Füllwörtern, Wiederholungen (»irgendetwas«, »irgendwie«, »so ein wenig«, »ich weiss doch auch nicht«, »ähm« usw.), Passivkonstruktionen (»ein Geschenk, das ich nicht erhalten habe«, wobei nicht klar wird, *von wem* dieses Geschenk genau kommt) und an den Relativierungen, die sie vor oder nach ihrem Benennungsversuch anfügen. Nachdem Lea das »Universum« mitverantwortlich für ihre Situation gemacht hat, relativiert sie dies wieder mit einem »keine Ahnung, auf [...] auf irgendetwas« und Rahel erläutert, dass sie nicht *wirklich* an eine »höhere Macht« glaubt. Fiona distanziert sich sowohl sprachlich als auch paraverbal wieder ein Stück weit von ihrer eigenen Deutung: »man forciert *vielleicht* etwas, das *irgendwie* nicht zu Sein gedacht ist <lacht>«. Damit wird klar, dass alle vier diesen Gedanken eines potenziell übersinnlichen Etwas nur vage und sehr vorsichtig verbalisieren können – das »Etwas« ist für sie nicht fassbar und daher auch sprachlich schwierig zu artikulieren. Bei Rahel und Fiona kommt verstärkend hinzu, dass sie diese Idee nicht in Einklang mit ihrer Sozialisation als Naturwissenschaftlerinnen und mit ihrer sonstigen Weltdeutung bringen können. Die Auseinandersetzungen mit der eigenen nicht gelingenden Reproduktion und mit Fortpflanzungsmedizin kreieren eine ausseralltägliche Ausnahmesituation: Religiöse Deutungen kommen jetzt vage und situativ zum Zug – nach einer langjährigen

Betroffenheit und der Erkenntnis des Unvermögens der Biomedizin, umfassende Erklärungen für ihre Situation zur Verfügung zu stellen.

Anhand der Daten lassen sich nur vorsichtige Schlüsse hinsichtlich der Frage ziehen, inwiefern sich die Referenz auf »Natur« oder ein anderes nicht näher definiertes transzendentes »Etwas« als Ressource in den Deutungsprozessen der Betroffenen gestaltet. Klar wird, dass die Ausseralltäglichkeit der Situation stark dazu verleitet, sie über religiöse Semantik ein Stück weit fassbarer und damit erklärbarer oder im besten Fall aushaltbarer zu machen. Vor allem das Beispiel von Fiona zeigt aber auch, dass die Vagheit und Zögerlichkeit, mit der dieser religiöse Deutungsrahmen verwendet wird, auch belastende Konsequenzen für die Betroffenen mit sich bringen kann. Anders als dies bei den Evangelikalen der Fall ist, stellt das »nicht greifbare Etwas« für sie kein reziprokes Interaktionsobjekt dar. Sie kann damit nicht in Kontakt treten und versuchen, dessen »Zeichen« zu deuten, um auf den »richtigen Weg« zu kommen – es bleibt ihr sozusagen verschlossen und unzugänglich. Konkret gibt es also keine Gebetssituation als Zufluchtsort und auch kein Wissen um einen Gott oder Jesus, der für sie ein erfülltes Leben bereithält, wenn sie die Zeichen richtig deutet. So löste ihre Deutung, dass man mit einer IVF womöglich etwas macht, was »vielleicht nicht zu Sein gedacht ist«, bei ihr lediglich Gewissensbisse und Schuldgefühle aus. Die religiöse Referenz war für sie in diesem Sinne auch nicht handlungsleitend, weil sie zu wenig greifbar war. Sie entschied sich dann für eine IVF, nun jedoch mit einem schalen Nachgeschmack.

Anschlussfähig sind die Ausführungen insbesondere an diejenigen des Religionswissenschaftlers Bron Taylor (2001a). Taylor untersuchte sog. »nature- und earth-based movements« in den USA (vgl. 179), die sich auf etwas beziehen, was er »earth and nature-based spirituality« nennt. Charakteristisches Merkmal dabei ist der Bezug auf eine als personifiziert gedachte Natur, der eine transformierende und transzendente Macht zugeschrieben wird (vgl. 175). Die Mitglieder dieser Bewegungen lehnen das Label »religiös« in der Regel ab. Taylors Untersuchungen sind mittlerweile über 20 Jahre alt, und die vorliegenden Daten verweisen darauf, dass das, was er damals beobachtet hat, heute in stark diffundierter Form auffindbar ist – vor allem, wenn es um die Verhandlung solch emotionaler Themen wie der menschlichen Fortpflanzung geht. Mit anderen Worten: Individuen müssen sich nicht mehr religiös oder spirituell im Rahmen einer Gruppierung oder Bewegung verorten, um auf »Natur« als eine potenziell transzendente Grösse zu verweisen. Das kann auch mit dem allgemeinen Trend zusammenhängen, dass Inhalte, die ehemals als »religiös« verstanden wurden, heute in Form komplementär- bzw. alternativmedizinischer und käuflicher Angebote der Allgemeinheit sehr niederschwellig zugänglich sind (vgl. Lüddeckens/Walthert 2010 und 8.2). Sowohl in den Interviews als auch im allgemeinen Diskurs um die Legitimität der Reproduktionsmedizin wird deutlich, dass die Vorstellung einer normativ »handelnden« und »denkenden« Natur anschlussfähig ist und damit gewissermassen intuitiv erscheint. Dabei handelt es sich um den gleichen Grundgedanken, wie dies bei einer personifizierten Gottesvorstellung der Fall ist; die Auswirkungen für Wunscheln sind jedoch sehr viel weniger umfassend. Die Deutung wird nur in gewissen Situationen aktiviert, und sie ist in sehr viel geringerem Umfang handlungsleitend.

9.4 Alternative Expert:innen und transzendentes Selbst

Neben dem nur vage definierten »Etwas« liess sich in den Daten ausserhalb des evangelikalen Kontexts noch ein zweiter transzendenter Interaktionspartner identifizieren: das »Selbst«. Das Besondere an diesem Interaktionspartner ist, dass es in der Regel einer vermittelnden Zwischeninstanz bedingt, damit Wunscheltern Zugang zu diesem als transzendent verstandenen Selbst erfahren können. Ähnlich wie Seelsorgende im evangelikalen Kontext einen privilegierten Zugang zu Gott gewähren können, sind es hier die alternativen Expert:innen, die in der Rolle als vermittelnde semi-Transzendenz auftreten.

Im Folgenden soll zunächst ausgeführt werden, *warum* diesen alternativen Expert:innen so viel Autorität zugeschrieben wird, sodass sie diese vermittelnde Rolle einnehmen können (9.4.1). Im Anschluss daran wird auf die Frage eingegangen, *wie* es ihnen gelingt, den Frauen den Zugang zu ihrem transzendenten Selbst zu gewähren (9.4.2). Dabei wird insbesondere auf drei Fallbeispiele eingegangen, und zwar auf diejenigen von Fiona und Lea sowie als Gegenbeispiel auf das von Rahel. Diese Art der Interaktion mit alternativen Expert:innen hat für diese drei Interviewpartnerinnen eine besondere Rolle gespielt, und ausserdem kenne ich das alternative Angebot, das die drei Frauen in Anspruch genommen haben, aus Interviews bzw. Feldaufenthalten besonders gut: Fiona besuchte den Fruchtbarkeits-Yogakurs bei Sara, Lea die Hypnosesitzungen und Coachings bei Céline und Rahel das TCM-Angebot bei Claudia.

9.4.1 Autorität

Weshalb werden alternative Expert:innen als autoritative Figuren anerkannt? Die Frage lässt sich für den hier untersuchten Fall auf zwei Ebenen beantworten. Erstens verfügen sie in der Regel über zugeschriebenes professionelles bzw. institutionalisiertes Wissen, und zweitens über (eine) relevante Erfahrung, die ausschlaggebend für ihren biographischen Werdegang ist und die sie in ihrer Rolle legitimiert. In den allermeisten Fällen verkörpern sie Elemente beider Ebenen, was ihnen umso mehr Legitimation gewährt.

Alternative Expert:innen greifen im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Regel zurück auf *exklusives Wissen* in dem spezifischen Bereich, der für die Klient:innen relevant ist. Dieses Wissen haben sie sich fast immer (auch) im Rahmen von Ausbildungen angeeignet. Die alternative Expertin Helena etwa hat sich zur Sexualpädagogin ausbilden lassen, die Yogalehrerin Martina war Drogistin und hat dann diverse Weiterbildungen zu Naturheilmitteln und Naturheilverfahren absolviert, die Fruchtbarkeits-Yogalehrerin Sara ist anerkannte Menstrual Health Coachin, Claudias Erstausbildung war im biomedizinischen Gesundheitsbereich, in TCM hat sie sich anschliessend ausbilden lassen und besucht bis heute Weiterbildungen, Rita studierte zunächst Veterinärmedizin und schloss anschliessend ein Homöopathie-Studium ab, Nicole Regli ist ausgebildete Mental Coachin und Céline verfügte bereits über einen Dokortitel in Psychologie, ehe sie die Ausbildung zur Hypnosetherapeutin in Angriff nahm. Dass sie sich dieses Wissen folglich über einen *professionellen* Zugang angeeignet haben, betonen sie sowohl in den Interviews als auch in ihren Auftritten bei Vorträgen (wie etwa beim Kinderwunsch-Infoweekend) oder auf ihren Homepages immer wieder.

In den Daten zeigt sich in zwei Fällen besonders eindrücklich, wie Wunscheltern alternativen Expert:innen Legitimation aufgrund ihres professionellen Wissens zuschrieben. Fiona besuchte das Fruchtbarkeits-Yoga, das Sara leitete. Im folgenden Interviewausschnitt berichtet sie, wie so von Saras Expertinnen-Wissen profitierte:

das ist eigentlich ein Gespräch mit Sara gewesen, weil wir halt einfach irgendwie sonst mal noch miteinander gesprochen haben, und, ähm, (1) ich glaube, sie hat mal einen, sie hat so einen Workshop gemacht halt über Hormone und die Zyklusphasen und wie das so verbunden ist, und dort hat sie einfach so als Nebenbemerkung irgendwie gesagt »ja und äh, (1) Frauen, verzichtet aufs Intervallfasten, das tut uns nicht gut, zumindest so in den Jahren, in denen du schwanger werden willst« oder so und (2) dann habe ich das mal nachgeschaut, was das Intervallfasten, was das überhaupt ist und ich habe das in diesem Sinne nicht gekannt, aber ich habe halt einfach, irgendwie aus Gewohnheit einfach halt kein Frühstück [Original: Zmorge] gegessen und dann machst du eben genau dieses Intervallfasten, und dann, ähm, habe ich dann das, das ist eigentlich das Einzige, das ich jetzt umgestellt habe, aber nicht wegen der Ernährungsberatung, sondern wegen Sara und sie hat mir dann auch noch eine Studie geschickt, irgendwie, in der sie mal etwas untersucht haben, ähm, (1) als ich das mit ihr nochmals so ein wenig besprochen habe und es ist ja relativ eine einfache Umstellung, ich muss einfach am Morgen ein wenig früher aufstehen, damit ich noch Zeit habe, um noch ein wenig etwas zu essen (Fiona)

Es wird deutlich, dass Fiona der Meinung von Sara grosses Gewicht zumisst: Sie lässt sich von ihr Ratschläge erteilen im Hinblick auf »gute« Ernährung während der Kinderwunschzeit, die sie dann auch umsetzt. Indem Sara Fiona dazu entsprechende Studien zukommen lässt, zeigt diese ferner, dass sie die wissenschaftlichen Codes kennt, auf die auch Fiona Wert legt. Bemerkenswert ist dies vor allem deshalb, weil Fiona selbst einen naturwissenschaftlichen Hintergrund hat und ausserdem im Rahmen ihres unerfüllten Kinderwunsches zusätzlich eine Ernährungsberatung aufsuchte – im Grunde hatte Fiona also selbst Zugang zu diesem Wissen. Diesem Wissen eine handlungsleitende Bedeutung zuschreiben konnte sie jedoch erst, als sie es von Sara vermittelt erhielt. Darin zeigt sich, dass Personen wie Sara eben nicht bloss – so wie eine Ernährungsberatung oder biomedizinische Expert:innen – »reines« Wissen vermitteln. Vielmehr gelingt es ihnen, ihre »profane« Professionalität mit etwas anderem, etwas Übergeordnetem zu koppeln. Taylor (2001b) beschreibt, dass alternative Expert:innen eine Kompatibilität von Wissenschaft und, wie er es nennt, »nature-based Spiritualities« verkörpern (vgl. 234). Eine der von ihm interviewten Personen gab an, »science without heart« sei »worthless« (235). Im Unterschied zu Biomediziner:innen¹⁹ transportieren alternative Expert:innen naturwissenschaftliches Wissen nicht nüchtern, sondern auf eine emotionale Art und Weise. Es geht darum, wie das Wissen im Rahmen eines übergeordneten (in Tylors Worten »spirituellen«) Sinnsystems eingeordnet, mit Bedeutung aufgeladen und von der betreffenden Person praktisch umgesetzt werden kann. Im vorliegenden Datenmaterial findet sich dafür eine Vielzahl von Beispielen. In einem ihrer YouTube-Gespräche erklärt die alternative Verhütungsexpertin Bea etwa, dass hormonell verhütende Frauen weniger in der

19 Vgl. dazu die Ausführungen unter 8.2.2 zur Beziehung zwischen Alternativ- und Biomedizin.

Lage seien, einen MHC-kompatiblen Partner²⁰ auszusuchen. Das könne eine Erklärung für einen unerfüllten Kinderwunsch sein – das wisse man auch aus Studien; entsprechend sollte man auf hormonelle Verhütungsmethoden verzichten, wenn man auf Partnersuche ist. Die Coachin Helena erklärt den Kinderwunsch allgemein als »tief in unserer DNA abgespeichert«, weil das Ganze eine »biologisch Geschichte« sei: »ohne Familie hat man nicht überlebt«. Auch Martina stützt ihre Meinung und Handlungsanweisungen auf Studien, wenn sie ihren männlichen Kunden empfiehlt, das Handy aufgrund der Strahlen nicht in der Hosentasche aufzubewahren – »das sagt auch die Wissenschaft«. Vor allem für Céline, die mit ihrem Dokortitel in Psychologie explizit wissenschaftlich sozialisiert ist, schien es besonders wichtig zu betonen, dass ihr Ansatz auch wissenschaftlichen Standards genügt. Im Interview erläutert sie, dass sie ihr »wissenschaftlich fundiertes Wissen« in einen »anderen Kontext [transferiert], nämlich in DEN Kontext, der mich eigentlich im Herzen berührt«. Auch das Wissen, das die Yogalehrerin Sara Fiona vermittelt, ist aus ihrer Perspektive nicht »nüchtern«, sondern hochemotional und kommt aus ihrer intrinsischen Motivation heraus – es hat, objektsprachlich gesprochen, also auch ein »Herz«. Selbst wenn Sara akut nicht von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen ist, so gelingt es ihr, sich selbst und Fiona als Bestandteil derselben Gruppe zu markieren, die geschlossen für etwas kämpft. Auch Fiona hat das so wahrgenommen, was sich in ihrer Wiedergabe von Saras Worten zeigt: »das tut *uns* [Frauen] nicht gut«. Das Personalpronomen verweist auf das Kollektiv aller Frauen, die aufgrund ihres Hormonsystems und des Menstruationszyklus intrinsisch als miteinander verbunden erachtet werden.

Ein zweites Beispiel aus der Empirie lässt sich in Leas (t2) Ausführungen identifizieren. Sie war zum Zeitpunkt des zweiten Interviews im ersten Trimester schwanger und hat in den vergangenen Wochen einige Male Célines Coaching- und Hypnose-Angebote aufgesucht. Unabhängig davon fragte ich Lea im Interview, wie es ihr mit ihrer Frühschwangerschaft aktuell gehe, und sie erläutert:

ich passe im Moment schon auch besser auf, dass ich nicht so viel hochhebe [Original: dassi nöd so viel uflad], und dass ich mich selbst nicht so viel stresse und so, und das sagt auch Céline (1) »heb dir Sorge«, ja, (1) ja vorher habe ich halt einfach immer irgendetwas gemacht, jetzt nehme ich mir auch mal Zeit um mich kurz [Original: gschwind] fünf, zehn Minuten hinzusetzen, die Beine hochzulagern und einen Tee zu trinken (Lea t2)

Wie im Fallbeispiel von Fiona und Sara verweist auch Lea auf eine vermittelnde Instanz, der sie Autorität zuschreibt, um – in diesem Fall grundlegende – Empfehlungen für Schwangere umzusetzen. Auch hier ist wiederum bemerkenswert, dass Lea selbst eine medizinische Ausbildung hat. Trotzdem bedurfte es Célines Ratschlag, dass sie in der momentanen Situation auf sich achten und Selbstfürsorge betreiben soll. In der Konstellation der Interaktion zwischen Lea und Céline wird jedoch wahrscheinlich

20 Bei Tieren liess sich beobachten, dass der Paarungserfolg mit einer hohen Differenz bei den jeweiligen Major-Histocompatibility-Complex (MHC-)Genen zu korrelieren scheint (vgl. dazu z.B. Milinski/Wedekind 2001).

zusätzlich die zweite Ebene der Legitimationszuschreibung relevant, und zwar die der *Erfahrung*. Céline selbst war wie Lea von einem jahrelangen unerfüllten Kinderwunsch betroffen und durchlebte wie sie mehrere Fehlgeburten. Diese Tatsache macht einen grossen Unterschied für Lea, was sie an folgender Stelle besonders deutlich macht:

ja bei Céline weiss ich einfach, dass sie etwas Ähnliches durchgemacht hat und halt (1) einfach weiss, wovon sie redet, also das ist mir aufgefallen, das ist mir wichtig, weil man kann schon Einfühlungsvermögen haben, aber wenn man es nicht selbst durchgemacht hat, kann man's irgendwodurch einfach bis zu einem gewissen Punkt verstehen und danach dann (1) wie nicht mehr, oder, ja man kann es vielleicht sich denken, aber man weiss nicht wirklich wie es wirklich ist (Lea t2)

Hero (2021) bezeichnet alternative Expert:innen u.a. als »religious entrepreneurs«. Indem sie ihre Biographie und die gemachten Erfahrungen offenlegen, werben sie für sich; insbesondere Lebenskrisen und existenzielle Erfahrungen mit Krankheit und Schicksal nennt er als typisch. Manchmal geht es dabei auch darum, dass die Person selbst früher auf dem »falschen Weg unterwegs« war, bis es zu einer »emanzipation from a past experienced as problematic« (381) kam. Durch diese Emanzipation verkörpern sie nun selbst den Beweis für die Wirkung ihres Angebots; sie porträtieren sich »as examples of a successful salutogenesis« (ebd.). Genau dies ist bei Céline der Fall, die gemäss eigenen Aussagen während ihrer Kinderwunschzeit mit viel Stress und einem Gefühl der Überforderung zu tun hatte, ehe sie nach alternativen Heilmethoden als Ausgleich gesucht und ihn dort auch gefunden habe. Anders als Biomediziner:innen oder vergleichbare Autoritätspersonen *verkörpern* Personen wie Céline also das, was sie tun. Ihnen wird zugeschrieben, ihren Beruf primär aufgrund einer intrinsischen Motivation auszuüben, was mit einer erhöhten Authentizität einhergeht.

Céline verkörpert mit ihrer eigenen ehemaligen Betroffenheit in gewissem Sinn das Maximum an Erfahrungswert. Die Daten zeigen aber auch, dass Heilpraktiker:innen und alternative Expert:innen teilweise bereits dann der Wert der Erfahrung zugeschrieben wird, wenn sie als weiblich gelesen werden und diese Weiblichkeit entsprechend *leben* – beispielsweise in Form einer bewusst »zyklussensiblen« Ernährung, Alltags- oder Freizeitgestaltung. Das hat sich bereits bei Sara gezeigt, der Fiona ein hohes Mass an Glaubwürdigkeit zuschreibt. Ein weiteres Beispiel ist Bea, die selbst früher hormonell verhütet hat, heute jedoch damit wirbt, erkannt zu haben, wie sie den weiblichen Zyklus zelebrieren und nutzen kann, um »natürlich Frau zu sein«.²¹ Die Idee einer »natürlich gelebten Weiblichkeit« scheint für viele Kundinnen insofern anschlussfähig zu sein, als dass es ihnen erlaubt, sich als Bestandteil eines allgemeinen weiblichen Kollektivs zu verstehen und dadurch Empowerment zu erfahren. Auch Trzebiatowska/Bruce (2013) stellen in ihren Untersuchungen fest, dass das Merkmal »weiblich« einen wesentlichen Faktor für den Erfolg alternativer Expert:innen darstellt. Frauen sehen in anderen Frauen eher eine geteilte Identität als dies bei Männern unter sich der Fall ist. Das als »weiblich«

21 Vgl. <https://ladyplanet.ch/?srsltid=AfmBOorQ9FU5lCYGht7voHmLuXuJLkiKBCzCxrok4pmlZYul-o8lv393>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

erachtete Setting erlaubt es den Kundinnen zudem viel eher, sich als Person auf Augenhöhe mit dem Gegenüber zu erleben (im Gegensatz zur als männlich dominiert geltenden Biomedizin, vgl. Lüddeckens 2018: 179 und Utraiainen 2021: 37). Vermutlich lässt sich diese Tatsache auch über allgemeine patriarchale Strukturen der hiesigen Gesellschaften erklären. Männlichkeit gilt nach wie vor als unmarkierter Default, Weiblichkeit als »das Andere«, als das, was von der Norm abweicht (vgl. z.B. Simone de Beauvoirs »Das andere Geschlecht« (2000)).²² Es leuchtet daher ein, dass Frauen in anderen Frauen grundsätzlich mehr Anknüpfungspunkte sehen als dies bei Männern in Bezug auf andere Männer der Fall ist. Anders ausgedrückt: Es ist kein Zufall, dass es fast nur Frauen sind, die als alternative Expertinnen eine semi-transzendente Rolle einnehmen und ihren Kundinnen einen Zugang zur Selbsttranszendierung glaubhaft vermitteln können.

9.4.2 Zugang zum transzendenten Selbst

Bisher konnte aufgezeigt werden, *warum* alternativen Expert:innen von gewissen Wunscheltern (insbesondere Wunschkütern) eine solch autoritäre Position zugeschrieben wird, dass man sie als »semi-Transzendenz« bezeichnen könnte. Im Folgenden soll ausgeführt werden, dass und wie alternative Expert:innen auch eine vermittelnde Rolle einnehmen, wenn sie ihren Klient:innen Zugang zu einem transzendenten Selbst verschaffen. Dazu soll zunächst ein Fallbeispiel aus der Empirie aufgeführt werden. Es handelt sich bei den folgenden Ausführungen um Auszüge aus meinem Feldtagebuch:

Im Herbst 2021 besuchte ich einen Fruchtbarkeits-Yoga-Kurs. Er fand auf Englisch und, pandemiebedingt, online statt. In diesem Kurs lernte ich sowohl Sara, die Yogalehrerin, als auch Fiona, eine der Teilnehmerinnen kennen. Mit Fiona würde ich später auch ein Interview führen können. Insgesamt sind ohne mich sieben Teilnehmerinnen anwesend. Sara beginnt den Kurs damit, dass alle Frauen kurz erläutern, wie es ihnen geht, ob sie aktuell eine biomedizinische Fertilitätsbehandlung durchführen und »wo« in ihrem Zyklus sie sich gerade befinden. Die Frauen geben teilweise sehr intime Antworten über ihre momentanen Befindlichkeiten, ihre Ängste, Sorgen und Hoffnungen. Eine Frau beginnt während ihres Berichts zu weinen. Sara bestärkt sie und kommentiert: »it's very brave that you shared this with us«. Abschliessend merkt sie kollektiv an, alle Frauen sollen auf sich selbst stolz sein: »be proud that you found your way to Fertility-Yoga, to do something good to yourself and your own body«.

Die Yogaübungen selbst werden vor allem durch Saras Kommentare zu *Fruchtbarkeits-Yoga*übungen. Immer wieder erklärt Sara, dass eine spezifische Übung etwa dazu dienen soll, »to reconnect with your female reproductive organs and your inner mother«, dass sie helfen soll, herauszufinden, »what she [the inner mother] wants for you«. Auffällig ist auch, dass Sara von »männlichen« und »weiblichen« Positionen, Seiten und Haltungen ausgeht. In einer Übung sollten wir uns etwa das rechte Nasenloch zuhalten, um nur noch durch das linke zu atmen. Die linke Seite »is the feminine side which is

22 Vgl. zur Diskussion der diskursiven Gleichsetzung von »Mann« und »geschlechtsneutralem Menschen« Mehlmann (2008).

the side of intuition«. Die unliebsamen *männlichen* Aspekte loszuwerden, um die *weiblichen* zu aktivieren oder zu befreien (»liberate«), ist ein allgemeines Ziel der Übungen. Das würde es erlauben, sich mit »mother earth« und mit der »inner mother« zu verbinden (»to reconnect«).

Diese kurze Vignette gibt Aufschluss über verschiedene Aspekte der Selbsttranszendierung, die alternative Expert:innen gewähren wollen. Zunächst wird klar, welche Rolle Sara hier einnimmt. Sie ist nicht »nur« Yogalehrerin und auch nicht »nur« medizinische Beraterin, sondern adressiert primär das emotionale Wohlbefinden der Frauen. Entsprechend nimmt sie sich für jede einzelne Frau Zeit, um ihr zuzuhören und ein individuelles Feedback zu geben. Gemäss Hero ist es typisch, dass es im Rahmen solcher Angebote vor allem um »confirmation of identity, social nearness, and emotional support« geht (Hero 2021: 382). Vor allem auf einer sprachlichen Ebene wird ferner klar, dass Sara das Selbst – und zwar hier das explizit *weibliche* Selbst – der Frauen als transzendenten Interaktionspartner in den Kommunikationszusammenhang mit einführt und fassbar macht. Mit diesem transzendenten weiblichen Selbst sollen die Frauen in Kontakt treten und herausfinden, was es *für sie* will, was also ihre eigentlichen Bedürfnisse sind. Die »inner mother« ist also nicht separiert von den Frauen; sie wird teilweise gleichgesetzt mit den »reproductive organs« – schon der Ausdruck »inner mother« macht klar, dass das eigentlich Sakrale tief in den Frauen selbst zu lokalisieren ist. Diese Idee eines sich physisch im Inneren der Frauen befindlichen *Etwas*, welches ihre »wahren« Bedürfnisse und Ängste kennt oder verkörpert und weiss, wie damit umzugehen ist, fand sich auch bei den Ausführungen der Hypnosetherapeutin Céline. Im folgenden Ausschnitt erläutert sie ihr Grundverständnis der Hypnose:

alle Störgeräusche, die mich im Alltag belasten, (1) Kognitionen, Gedanken, ähm, Gedankenkreisen, äh, Geräusche, Ablenkungen, all das ist für 'nen Moment ausgeschalten und ich lenk den Blick ganz nach innen (1) und das ist ein ganz faszinierender Zustand, (1) äh, mit dem man gut arbeiten kann, weil man sehr, sehr fokussiert ist, man spürt, es sind sehr wahre Antworten, sehr, (2) also ich sag, (3) es sind sehr, ähm, (1) wie soll ich sagen, ein sehr faszinierender Moment, Menschen zu erleben, wenn sie sehr entspannt sind (1) und wirklich WAHRE Antworten suchen wollen und finden (Céline)

Auch Céline gewährt ihren Klient:innen – es sind fast ausschliesslich Frauen – Zugang zu *sich selbst*. Die Technik ist eine andere als im Yoga, die Idee jedoch ist dieselbe. Es geht darum, die eigenen Bedürfnisse zu identifizieren, indem die Frau *sich selbst* wertschätzt. Nur so gelangt sie zu den »sehr wahren Antworten«.

Diese Semantik ist typisch im alternativen Kontext, wie es die religionswissenschaftliche, -soziologische und -ethnologische Forschung mehrfach bestätigt. Der Religionssoziologe Markus Hero (2021) spricht allgemein von einer »sacralization of the patient« und davon, dass »the patient [...] receives a special form of homage. A special personal religious recognition is attributed to him or her« (379, vgl. auch Schlette/Krech 2018). Auch die Religionsethnologin Beatrix Hauser (2021) identifiziert diese Art der Selbsttranszendierung im Kontext spiritueller Yoga-Angebote: »the individual is almost magically bestowed with the power of self-transformation« (303). Die Selbsttranszendierung ist in

diesem Sinn das eigentliche Ziel der alternativen Expert:innen: Sie sollen ihren Klient:innen mittels spezifischer (»spiritueller«) Techniken aufzeigen, wie sie Zugang zu ihrem transzendenten Ich finden können: »the patient should find his or her way to that higher self through spiritual techniques and rituals he has appropriated and that valorize his or her identity or health according to the provider's promises« (Hero 2021: 379).

Dieses transzendente Ich wird in der religionswissenschaftlichen, -ethnologischen und -soziologischen Literatur als ausschlaggebende normative Referenz für die Selbstlegitimation im alternativen Milieu verhandelt. Objektsprachlich kann sich das ausdrücken als »true inner ›me‹«, »the ›true self‹« (Barker 2004: 26), »magically bestowed individual«, »personal saviour« (Hauser 2021: 303; 311), »true inner self« Heelas (2002: 362), »sacralized patient«, »higher self« (Hero 2021: 379), »one's truest self« van Ness (1992: 13).²³ Im Fall von Sara handelt es sich dabei nicht überraschenderweise um eine sprachlich weiblich markierte Form, nämlich die »inner mother«. Mit dieser explizit weiblichen Form der Selbsttranszendierung befassen sich die Religionswissenschaftlerinnen Florence Pasche Guignard (2021) und Pamela Klassen (2019) sowie die Anthropologin Anna Fedele (2016) und Chia Longman (2020) aus den Gender Studies. Häufig geschieht diese Art der Transzendierung aus dem feministischen Impetus der alternativen Expert:innen heraus, Frauen zu ermächtigen, indem sie wieder zu ihrer »Weiblichkeit zurückgeführt werden«. Longman konnte in ihren Untersuchungen feststellen, dass viele alternative Expert:innen davon ausgehen, dass Frauen ihre »natürliche Weiblichkeit« verloren hätten – auch aufgrund dessen, dass sie heutzutage so »karrierefokussiert« seien. Dieser Vorstellung zufolge erfährt weibliche Sexualität und Fruchtbarkeit eine Transzendierung (vgl. Klassen 2021: 27f.). Der weibliche Körper verfügt dieser Vorstellung entsprechend nach wie vor über ein »urales«, »kollektives« und spezifisch weibliches Wissen, welches den Frauen geistig jedoch nicht mehr zugänglich ist, weil sie zu sehr von der »männlich konnotierten« Arbeitswelt absorbiert seien (vgl. 75–77, siehe auch Klassen 2001: 83). Heilpraktiker:innen und alternative Expert:innen möchten es diesen Frauen ermöglichen, ihnen den Zugang zur »sacred femininity« wieder zu gewähren (Pasche Guignard 2021: 301).²⁴ Dabei ist es typisch, dass eine Dichotomie zwischen »männlich«

23 Die »Sakralisierung« der:des Patient:in und die Bedeutung, die dem Individuum zugeschrieben wird, kann historisch als eine Konsequenz der Individualisierung gesehen werden. In diesem Sinne handelt es sich dabei auch um eine Spezifizierung der »Sakralisierung des Subjekts« (Luckmann 1996: 27) bzw. der »Sakralisierung des Ichs« (Knoblauch 1991: 31) oder der »Sakralisierung des Selbst« (Siegers 2012: 42).

24 Häufig kommt im Rahmen qualitativer Forschung zu alternativen Expert:innen die Frage auf, ob deren explizit auf Frauen ausgerichtetes Engagement als »feministisch« zu verstehen ist (vgl. dazu z.B. Fedele 2016; Longman 2020; Pasche Guignard 2021). Die Frage resultiert aus der Paradoxie, dass ihr Ziel im Empowern der Frauen besteht, wobei aus einer intellektuellen Perspektive gleichzeitig traditionelle Rollenbilder perpetuiert werden. Männer werden als zuständig für das Rationale und die »Arbeitswelt« betrachtet, Frauen als Verkörperung von Intuition. Frauen werden primär aufgrund ihrer Reproduktionsfähigkeit als (sozial) wertvoll erachtet, was weitere patriarchale Grundannahmen perpetuiert. Alternative Expert:innen selbst lehnen feministisches Gedankengut häufig als zu wenig spirituell und zu »verkopft« ab. Gleichzeitig sprechen sie sich gegen institutionelle Religionen aus und begründen dies über eine wahrgenommene Dominanz von Männern, die beispielsweise menstruierende Frauen als »unrein« stigmatisieren und zu wenig wertschätzen. In diesem Sinne kann die Arbeit von alternativen Expert:innen als empowernd auf einer Mikroebene

und »weiblich« gepflegt und perpetuiert wird, denn Letzteres gilt ja schliesslich als *durch Ersteres* bedroht. Diese Abhebung des Weiblichen vom Männlichen geschieht insbesondere, indem spezifisch biologisch-körperlich weibliche »Fähigkeiten« transzendiert werden – Fedele spricht etwa von einer »sacralisation of the female reproductive cycle« und dass dabei vor allem die Fähigkeit zu gebären als »something sacred« betrachtet wird (99). Dieselben Narrative liessen sich vor allem im Fruchtbarkeits-Yoga identifizieren: Der Zugang zum transzenten, weiblichen Selbst gelingt dann, wenn die unliebsamen männlichen Aspekte abgestossen werden – so könne die weibliche und intuitive Seite befreit werden. Aber auch im Kontext der Hypnose gelingt dieser Auffassung zufolge der Zugang zu den »wahren« und »inneren« Antworten« dann, wenn »Kognition« und »Gedanken« – also traditionell männlich gegenderte Aspekte des Alltags – ausgeschaltet werden. Ähnlich argumentierte auch Claudia, die TCM-Heilpraktikerin, im Interview: »Wir« – gemeint ist: wir Frauen – seien im Alltag ständig im »Aussen«, statt auf »uns« selbst zu hören, und das verursache Stress.

Wenn alternativen Expert:innen den Frauen »aufzeigen«, dass »in ihnen« ein transzendentes Selbst existiert und ihnen vorzeigen, wie sie einen Zugang zu diesem finden können – sei dies durch Hypnose, Akupunktur, Atemübungen oder Yoga –, bewerten diese das im besten Fall als emotionale Ressource. Indem sie die Wunschwütter auf ihrem Weg begleiten und darin bestärken, die »wahren« eigenen Antworten zu finden, kann es auch zu einer Validation der Gefühle und Gedanken der Wunschwütter kommen. Besonders gut zeigt sich dies in einem emotionalen Interviewausschnitt aus dem Gespräch mit Fiona:

das ist halt, ähm, wirklich auch am Yoga schön gewesen, dass Sara einem auch so, (1) halt bewusst gemacht hat, ähm, (2) »hey, hör auf deinen Bauch, du weisst am besten, was du brauchst (1) und was nicht« und, (2) auch eben willst du jetzt weiter machen [Original: fürschi mache] oder willst du jetzt einfach mal eine Pause machen oder sagen »hey, jetzt könnt ihr mich mal alle« und <weint> (2) und halt auch (1) einfach, dass sie auch mal so gesagt hat »hey, es ist nicht deine Schuld« <weint> (2) weil, (2) du suchst sie einfach automatisch irgendwo und, (1) <schluchzt> wenn du das Gefühl hast, du hast jetzt alles gemacht, dann ja (Fiona)

Sara hat Fiona »bewusst gemacht«, dass sie in der Lage ist, *für sich selbst* richtige Entscheidungen zu fällen. Anders ausgedrückt: Fiona hat einen Zugang zu ihrem »Inneren« gefunden (hier sprachlich durch das »Bauchgefühl« realisiert) und schreibt diesem einen erhöhten und womöglich transzenten Wert zu – so wie es fühlt, denkt und entscheidet, ist es schon richtig. Bis sie Sara kennengelernt hat, konnte Fiona sich selbst diesen

verstanden werden, während es gleichzeitig auf einer Makroebene ein stereotypes und binäres Geschlechterbild reproduziert und damit exklusiv ist: Es richtet sich hauptsächlich an weisse Cis-Gender- sowie an Mittelklasse-Frauen. Das zeigt sich auch im Yoga-Kurs von Sara – alle Teilnehmenden waren weiss, weiblich und in der finanziellen Position, sich reproduktionsmedizinische Behandlungen sowie einen Besuch des Yogas leisten zu können. Sie gehörten ausserdem alle einer gehobeneren Bildungsschicht an, sodass auch die englische Sprache im Kurs kein Problem darstellte.

Wert und diese Fähigkeit nicht zuschreiben. In diesem Sinne kann sie auf die Interaktion mit Sara als eine Ressource zurückgreifen. Sie entkommt der Rolle des passiven Opfers und wird zum Subjekt mit Handlungsmacht. Céline, die Hypnosetherapeutin, argumentierte im Interview ganz ähnlich. Immer wieder betonte sie, dass es ihr explizit *nicht* darum gehe, ihren Klient:innen Ratschläge darüber zu geben, was in ihrer Situation richtig oder falsch sei. Es gehe beim Coaching und in den Hypnoset Sitzungen darum, »die Klienten [zu] befähigen, für sich richtige Entscheidungen zu treffen«, wobei sie »die Lösungen [selber] finden«. Hier findet sich ein interessanter Parallelschluss zum evangelikalischen Kontext: Auch dort geht es nicht darum, in der Interaktion mit der Transzendenz (Gott) die eine und absolut gültige richtige Antwort zu finden oder diese von einer semi-transzendenten Vermittlungsperson zu übernehmen. Das Ziel besteht immer darin, diejenige Antwort zu finden, die für das *individuelle* Leben die geeignetste ist und mit der der transzendente Lebensplan entfaltet werden kann (s.o.).

Zusammenfassend zeigen die Ausführungen und das Datenmaterial, dass Wunschmütter in der Interaktion mit alternativen Expert:innen einen Zugang zu einem als transzendent erachteten (weiblichen) Selbst erfahren können. Damit validieren sie diese nicht nur in ihren Gefühlen und Entscheidungen, sondern verhelfen ihnen potenziell dazu, dass sie sich von nun an *selbst* validieren können. Sie können ihre Handlungen als im Einklang mit ihrem »inneren Selbst« stehend und damit als legitimiert betrachten. Dabei ist es naheliegend, dass die Interaktion zwischen der betroffenen Person und der Heilpraktikerin nur so lange funktioniert, als dass sich beide derselben Narrativen bedienen und auf denselben Diskurs um Weiblichkeit und/oder Empowerment beziehen. Das Fallbeispiel von Rahel, die das TCM-Angebot von Claudia nutzte, dient hier als Gegenbeispiel. Rahels eher nüchternes und naturwissenschaftliches Weltbild stimmte nicht mit den grundlegenden Annahmen des alternativen Feldes überein: dass dem weiblichen Zyklus eine sakrale Komponente zukommt, dass es so etwas wie ein transzendentes Ich gibt, dass es keine einheitliche »richtige« Lösung gibt, dass sich Weiblichkeit fundamental von Männlichkeit unterscheidet usw. Demzufolge war die Kommunikation zwischen den beiden gestört; Rahel schrieb weder Claudia die entsprechende semi-Transzendenz noch sich selbst bzw. ihrem »Inneren« die Transzendenz zu. Entsprechend erfuhr sie aus der Interaktion mit der TCM-Expertin keine Ressource, im Gegenteil – sie wurde vielmehr zunehmend verunsichert. Es verhält sich im alternativen Kontext also ähnlich wie bei den Ausführungen weiter oben zur Interaktion mit einem persönlichen Gott: Es ist gewünscht, dass individuelle Lösungen für den eigenen Weg gefunden werden. Die Legitimationsinstanz bleibt jedoch die verbindlich gedachte Transzendenz, die diesen Weg gutheißt – sei dies nun Gott oder das transzendente Selbst.

9.5 Theoretische Anschlüsse

Alternative Expert:innen und ihr Charisma

Die bisherigen Ausführungen konnten u. a. aufzeigen, dass alternativen Expert:innen im Kontext des unerfüllten Kinderwunschs eine besondere Rolle zugeschrieben wird. Empirisch hat sich zeigen lassen, dass ihnen Legitimation auf verschiedenen Ebenen zuge-

sprochen wird, sodass sie – so argumentierte ich – eine semi-transzendente Rolle verkörpern. Ihnen wird zugeschrieben, ihren Kund:innen Zugang zur transzendenten Ebene ermöglichen (die sich semantisch etwa als »das wahre Ich«, als »inner mother« oder als »Natur« realisiert). Diese Beobachtungen sollen im Folgenden theoretisch erschlossen werden, indem auf Max Webers (1972) Begriff des »Charismas« sowie auf Danièle Hervieu-Légers (2004) »charismatische Validation« eingegangen wird. Die beiden Zugänge sind dabei eher als komplementär denn als gegensätzlich zu verstehen. Auch wenn es wenig direkte Bezüge zueinander gibt, so bedienen sich Weber und Hervieu-Léger doch eines ähnlichen Vokabulars, und Hervieu-Léger war grundsätzlich auch von deutschen Klassikern wie Weber, Troeltsch und Simmel beeinflusst (vgl. de Galember 2004: XXIV). Entsprechend werden ihre Gedanken im Folgenden als Weiterführung und Präzisierungen von Webers Ausführungen verstanden.

Max Weber (1972) führt in seinem Werk »Wirtschaft und Gesellschaft« drei idealtypische Formen der Herrschaft aus: die rationale, die traditionale und die charismatische Herrschaft, wobei letztere für die vorliegenden Analysen anschlussfähig ist. Seinen Charismabegriff führt er folgendermassen aus: Charisma

soll eine außeralltäglich [...] geltende Qualität einer Persönlichkeit heißen, um derentwillen sie als mit übernatürlichen oder übermenschlichen oder mindestens spezifisch außeralltäglichen, nicht jedem anderen zugänglichen Kräften oder Eigenschaften begabt oder als gottgesandt oder als vorbildlich und deshalb als »Führer« [i.O. gesperrt] gewertet wird. Wie die betreffende Qualität von irgendeinem ethischen, ästhetischen oder sonstigen Standpunkt aus »objektiv« richtig zu bewerten sein *würde* [i.O. gesperrt] ist natürlich dabei begrifflich völlig gleichgültig: darauf allein, wie sie tatsächlich von den charismatisch Beherrschten, den »Anhängern« [i.O. gesperrt], bewertet wird, kommt es an (140).

Diese Definition wird dadurch explizit sozialwissenschaftlich anschlussfähig, als dass Weber nicht von einer »objektiven« Richtigkeit ausgeht bzw. eine neutrale Qualitätsbewertung der charismatisch Herrschenden nicht als relevant einstuft. Man wird nicht deshalb zur charismatischen Autorität, weil man objektiv betrachtet über die nötigen Qualitäten verfügt, sondern deswegen, weil dieser Person diese Qualifikationen von einer Anhänger:innenschaft²⁵ *zugesprochen* werden. Dies geschehe aufgrund einer emotionalen (Not-)Lage dieser Anhänger:innen: »Die Anerkennung für den Anführer ist psychologisch erklärbar über eine ganz persönliche Hingabe, die aus Begeisterung, Not oder Hoffnung geboren wird« (140). Vorerst irrelevant ist für Weber auch, ob die zugeschriebenen Qualifikationen auch *gesamtgesellschaftlich* als wichtiges Kriterium für eine Autorisierung verstanden werden.

Weber spricht von »übernatürlichen oder übermenschlichen oder mindestens spezifisch außeralltäglichen, nicht jedem anderen zugänglichen Kräften oder Eigenschaften«, die diesen Personen zugeschrieben werden. Im von der Religionssoziologin Danièle

25 Weber spricht als Gegenbegriff zu den »Herrschenden« auch von »Beherrschten«. Diese Begriffswahl wird hier nicht übernommen, weil Personen mit unerfülltem Kinderwunsch eine aktive und nicht lediglich eine passive Rolle zugeschrieben wird, wie es der Begriff der »Beherrschtheit« impliziert.

le Hervieu-Léger (2004) entwickelten Modell zur Rechtfertigung oder »Validation« des persönlichen Glaubens kann eine Spezifizierung dessen, was Weber damit meint, herausgearbeitet werden. Auch in Hervieu-Légers Modell spielt der Charisma-Begriff eine Rolle. Sie befasst sich darin mit der Frage, auf welche verschiedenen Arten oder in Form welcher Typen ein Individuum seinen Glauben vor sich selbst und vor anderen rechtfertigen kann. Einer dieser Validationstypen ist die »charismatische Glaubensvalidation«: Ein Individuum kann seinen Glauben deswegen als valide betrachten, weil es in seiner Rechtfertigung auf eine charismatische Persönlichkeit referieren kann. Dieser Typ der Glaubensvalidation tritt dann ein, wenn »außergewöhnliche Persönlichkeiten auftreten und ihre Erfahrung (oder die persönliche Offenbarung, die ihnen zuteil geworden ist) sie für diejenigen, die sich in dieser Erfahrung wiedererkennen, zu Führern macht« (130). Webers Vorstellung von Charisma als eine als ausseralltätlich geltende Qualität wird hier um den Faktor der *Erfahrung* präzisiert. Indem charismatische Persönlichkeiten auf ihre eigenen Erfahrungen verweisen, können sie sich als lebenden Beweis für die Wirksamkeit ihrer Kräfte inszenieren. Beide, sowohl Weber als auch Hervieu-Léger betonen dabei, dass charismatische Persönlichkeiten etwas Unkonventionelles verkörpern. Sie handeln, kurz und prägnant ausgedrückt, nach der folgenden Prämisse: »es steht geschrieben, – ich aber sage euch«; sie agieren revolutionär und nicht regelhaft (Weber 1972: 141). Auch hierzu finden sich Präzisierungen bei Hervieu-Léger, die die Führer:innenfigur mit dem Idealtypus des »Propheten« (130) in Verbindung bringt: Ihr wird gerade deswegen Autorität verliehen, weil sie eine Alternative zu den Inhalten darstellt, die von etablierten Institutionen vermittelt werden. Damit verkörpern sie ein gelungenes Beispiel, ausgetreten zu sein vom gesellschaftlich eigentlich vorherbestimmten Weg (vgl. 130f.). Über die Aussergewöhnlichkeit und Individualität ihrer Biographie können charismatische Führungspersonen glaubhaft machen, dass sie entsprechend einer »Sendung oder inner[n] Aufgabe« (Weber 1972: 142) handeln und damit *intrinsisch* motiviert sind. In diesem Sinne haben sie auch kein ursprünglich wirtschaftliches Interesse daran, ihre Botschaften anderen Menschen zugänglich zu machen (vgl. ebd.).

Idealtypischerweise wird bei beiden Theoretiker:innen diese Form der Legitimation – intrinsische Motivation sowie ein glaubwürdig erscheinendes »Sendungsbewusstsein« – irgendwann durch eine andere abgelöst: den objektiven Nachweis ihrer Fähigkeiten beispielsweise über einen Titel oder eine amtliche Position. Weber spricht in diesem Zusammenhang von der »Versachlichung des Charismas« und vom »Amtscharisma«. So kann es geschehen, dass die ursprünglich als »magisch« und »einzigartig« erachteten Qualitäten als übertragbar und lernbar verstanden werden.²⁶ Mit dieser Entwicklung einher geht auch eine »Beseitigung der Wirtschaftsfremdheit des Charismas« (Weber 1972: 146). Das bedeutet konkret, dass die gepredigten Inhalte auch käuflich erwerbbar, leichter zugänglich und irgendwann massentauglich werden. Charisma ist demzufolge als eine »typische Anfangerscheinung« zu deuten, ehe sie sich als eine (neue) religiöse oder politische Herrschaft etablieren kann (vgl. ebd.: 147): Die Inhalte sind »diffundiert« (Lüdeckens/Walther 2010) und nicht mehr nur denjenigen zugänglich, die sich explizit als Anhänger:in dieser charismatischen Autoritätsperson identifizieren. Auch Her-

26 Weber denkt dabei an Beispiele aus der katholischen Hierarchie wie etwa das priesterliche Charisma, das durch Salbung oder Weihung übertragbar ist (vgl. 144).

vieu-Léger sieht in der charismatischen Glaubensvalidation eher einen Übergangstypen denn einen langfristigen und eigenständigen Typen, über den der Glaube validiert werden kann. Am Ende etabliert sich meist ein loses Netzwerk oder eine fixe Gruppe um die Autorität oder es kommt zur Institutionalisierung der Inhalte (vgl. 131f.). Das lässt sich auf einer räumlichen Ebene etwa dann beobachten, wenn alternative Expert:innen ihr Angebot auch an zentralen, gut erschlossenen Orten verfügbar machen können: »[D]ie Alternativmedizin [wandert] immer mehr von der Peripherie in die zentralen Institutionen der Gesellschaft hinein« (Lüddeckens 2012: 288). Aus den charismatischen Autoritätspersonen ist nun das geworden, was bereits weiter oben erwähnt wurde: »religious entrepreneurs« (Hero 2021).

Der Handlungsspielraum alternativer Expert:innen im vorliegenden Sampling lässt sich sehr gut über die ausgeführten Beschreibungen der Idealtypen von charismatischer Autoritätsperson, Amtsscharisma und religious entrepreneurs erklären: Sie verkörpern mit ihrem Angebot und ihrer Biographie eine *Alternative* zum als »herkömmlich« markierten Weg, der häufig über die als rational (im negativen Sinne von »verkopfte« und »starre«) verstandene »Schulmedizin« inkarniert wird. Dabei weisen sie jedoch eine spezifische Besonderheit auf. Anders als bei Hervieu-Léger und bei Weber impliziert, wird die eine Ebene der Legitimation (intrinsische Motivation und »Sendungsbewusstsein«) nicht durch die zweite (objektive »Belege« für das Können) abgelöst, sondern um diese *ergänzt*. Man könnte noch weiter gehen, und die beiden Ebenen als sich gegenseitig bedingend betrachten. Fast alle alternativen Expert:innen im vorliegenden Sampling vermitteln Inhalte, zu denen sie aufgrund persönlicher Erfahrungen gekommen sind; und alle haben folglich etwas wie ein »Sendungsbewusstsein«. Sie sind intrinsisch motiviert und möchten sich über ihre eigene »Betroffenheit« hinaus engagieren. So ist denn auch der Impetus für die professionelle Ausbildung biographisch begründet: *Wegen* ihrer Erfahrungen möchten sie sich *zusätzlich* auf einer professionellen Ebene ausbilden, und ihre Position wird damit auch – in Webers Worten – »amtlich« gerechtfertigt. Einen finanziellen Ausgleich für ihre Dienstleistungen zu fordern, steht dann nicht mehr in einem Widerspruch zum angenommenen intrinsischen Interesse der alternativen Expert:innen. Er kann dann nämlich über diese amtliche Position gerechtfertigt werden und erscheint kompatibel mit einem modernen Dienstleistungsgedanken. Alternativen Expert:innen wird demnach von einem gewissen Personenkreis Empathie *und* Können bzw. Wissen zugeschrieben – im Unterschied zu den biomedizinischen Expert:innen, deren Dienstleistungen in der Regel »nur« aufgrund ihres Könnens bzw. Wissens in Anspruch genommen werden. Die beiden Ebenen der Legitimation sind entsprechend auch nicht voneinander separierbar. Die Empirie hat gezeigt, dass alternativen Expert:innen nur *gesamthaft* Glaubwürdigkeit zugeschrieben wird – oder eben nicht. Weil Rahel den TCM-Methoden von Claudia wenig Wirksamkeit zuschrieb, empfand sie diese auch als wenig empathisch und ihre Hinweise mehr als ein Zuschreiben von Schuldgefühlen. Auch umgekehrt hinterfragte sie die Methoden umso mehr, weil sie Claudia wenig Empathie für ihre Situation zuschrieb. Lea (t1), die zur Aufarbeitung ihrer Fehlgeburt eine spirituelle Familienaufstellung ausprobierte, empfand diese u.a. deswegen als nicht wirksam, weil sie nicht von einer Person durchgeführt wurde, die ihre Situation intrinsisch nachvollziehen konnte. Umgekehrt schrieb sie dem Können von Céline, der Hypnosetherapeutin, eine besondere Autorität zu – was sie darüber *begründete*, dass Céline selbst einmal be-

troffen war von einem unerfüllten Kinderwunsch. Genauso war es für Fiona mit ihrer Beziehung zur Yogalehrerin Sara. Dass sie sie als fachlich kompetent wahrnahm, hatte seine *Grundlage* darin, dass sie ihr ein authentisches »Sendungsbewusstsein« (Weber) zuschrieb. Kurz: Alternative Expert:innen sind nur *kohärent* glaubwürdig oder nicht. Das passt auch mit den Ausführungen Webers zusammen. Dieser geht davon aus, dass mit der Veralltäglichen des Charismas, der Institutionalisierung und Kommerzialisierung der Angebote sowie der Annahme, dass die Kompetenzen der Führungsfigur – zumindest teilweise – erlernbar sind, auch die zugrundeliegende Autorität angreifbarer wird: »Bringt seine Führung kein Wohlergehen für die Beherrschten (i. O. gesperrt), so hat seine charismatische Autorität die Chance, zu schwinden« (Weber 1972: 140). »Wohlergehen« bedeutet hier, einen subjektiv besseren Umgang mit der herausfordernden Situation des unerfüllten Kinderwunsches zu finden – und zwar so lange, wie der alternativen Expert:in Glaubwürdigkeit zugeschrieben wird. Wunscheltern reflektieren diese Zuschreibung immer wieder, und kommen möglicherweise zu einem neuen Schluss, wenn sie die Therapie nicht als hilfreich einstufen. Sobald die alternativen Expert:innen nicht mehr als »glaubwürdig« verstanden werden, wird ihre Qualität darüber bemessen, ob sie tatsächlich die Erfüllung des Kinderwunsches erreichbar machen. »Wohlergehen« meint dann, dass die Klientin schwanger wird. Wenn sich also Wunscheltern wieder von alternativen Expert:innen abwenden, begründen sie dies häufig darüber, dass es »nichts genützt habe« – sie seien ja nach wie vor kinderlos (vgl. 8.3.1).

So lässt sich resümieren: Alternative Expert:innen bewegen sich zwischen intrinsischer Motivation, Sendungsbewusstsein, Ausseralltäglichkeit und Alternativität einerseits und Konformität bzw. kommerziellen Interessen andererseits. Der scheinbare Widerspruch, den man in diesen Gleichzeitigkeiten vermuten könnte, schlägt sich empirisch viel eher in einer erhöhten Anschlussfähigkeit nieder. Trotzdem müssen sich die alternativen Expert:innen als Autoritätspersonen auf beiden Ebenen beweisen. Wer sein »Sendungsbewusstsein« nicht glaubhaft machen kann, wird auch nicht längerfristig als fachlich kompetent wahrgenommen und umgekehrt – und entsprechend werden die Methoden nicht als »wirksam« anerkannt. Kurz: Das wahrgenommene Charisma der alternativen Expert:innen ist für Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch ein Grund, sich ihnen zuzuwenden – nicht jedoch, auch längerfristig bei ihnen zu bleiben.

Warum lohnt sich eine Auseinandersetzung mit Webers und Hervieu-Légers Idealtypen des »Charismas«, des »Amtscharismas« und der »charismatischen Validation« im Kontext alternativer Expert:innen? Die Ausführungen können helfen, die Figuren besser zu fassen und zu verstehen, warum sie aus der Perspektive der Wunscheltern eine so hohe Anziehungskraft ausüben können. Im populären Diskurs wird das kommerzielle Interesse alternativer Expert:innen häufig als inkompatibel mit der (bloss »vorgegaukelten«) intrinsischen Motivation gedeutet; und sie werden als »geldgierige Wunderheiler« oder »Scharlatane« entlarvt.²⁷ Der Begriff des »Amtscharismas« hilft zu veranschauli-

27 Vgl. z.B. Anschläge (2014): Warum Esoterik gefährlich ist (online verfügbar unter: <https://anschlaege.at/rettungsanker/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025); Beobachter (2010): Helfer, Heiler, Scharlatane (online verfügbar unter: <https://www.beobachter.ch/gesundheit/medizin-krankheit/alternativmedizin-helfer-heiler-scharlatane>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025); Focus online (2021): Wundersame Heiler oder geldgierige Scharlatane? Das umstrittene Geschäft der Geist-

chen, dass diese Deutung eines missachtet: Die Rechtfertigung für die wirtschaftlichen Interessen bezieht sich nicht auf deren Sendungsbewusstsein oder ihre »Gottgesandtheit« (Weber), sondern auf die ausgewiesene Professionalität (Diplome, Abschlüsse, Aus- und Weiterbildungen). Aus der Perspektive der Wunscherlern geht daher nicht unbedingt ein inhärenter Widerspruch einher, wenn sie für die Dienstleistungen etwas bezahlen müssen. Geld wird erst dann explizit zum Thema, wenn die »Führung kein Wohlergehen« (Weber) für die Wunscherlern zu erbringen vermag – wenn die alternativen Expert:innen nicht mehr als glaubwürdig wahrgenommen werden.

heiler (online verfügbar unter: https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/geistheilung-das-gefaehrliche-geschaef-der-alternativmedizin_id_8538789.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

10. Beziehung zum Wunschkind

Momente der Transzendierung und Ent-Transzendierung

Ein zentrales Thema in den Interviews war – wenig überraschend – das Wunschkind. Wunscheltern beziehen sich auf unterschiedliche Weise auf dieses Kind, das sie sich so sehr wünschen. Viele von ihnen bauen eine emotionale Verbindung zu ihm auf und denken es als *ihr* Kind. Dieses Kind ist ihnen aber nicht physisch zugänglich: Es existiert (noch) nicht oder nicht mehr – sie müssen es also auf einer *metaphysischen* Ebene imaginieren. Die Empirie hat gezeigt, dass diese Bezugnahme auf das Wunschkind auf drei verschiedene Arten stattfinden kann. Das »Kind« wird dabei in einer jeweils anderen Gestalt gedacht. Entsprechend dieser drei Gestalten ist auch dieses Kapitel strukturiert.

Die erste Ausgestaltung findet sich im Kontext der künstlichen Befruchtung. Dabei handelt es sich um ihre *Embryonen* bzw. um von ihnen *fragmentierte Körpersubstanzen*. Diese sind physisch von ihren eigenen Körpern entfernt gelagert und stehen unter der Obhut biomedizinischer Expert:innen. Es hat sich herausgestellt, dass viele der Wunscheltern eine emotionale Verbindung mit diesen Embryonen etablieren und aufrechterhalten; sie sorgen sich um sie, denken sie bereits als ihre zukünftigen Kinder und fühlen sich verantwortlich für ihre Existenz (10.1).

Die zweite Ausgestaltung dieses imaginierten Kindes findet sich in *reproduktiven Verlusten*. Sprachlich kann sich das unterschiedlich manifestieren. Manchmal ist von »verlorenen« oder »fehlgeborenen Kindern« die Rede, manchmal nüchterner von »Fehlgeburten«, »Totgeburten«, von einer »stillen Geburt«, von einem »sehr frühen Abgang«, einem »Abort« oder einer »biochemischen Schwangerschaft«. Bereits in der Wortwahl wird klar, dass ein Teil der Wunscheltern eine Verbindung zu diesen Kindern bewusst negiert und der Fehlgeburt wenig emotionale Bedeutung zuschreibt, während andere auch noch viele Jahre nach dem Ereignis von fehlgeborenen Kindern als *ihre Kinder* sprechen. So hat sich in den Daten gezeigt, dass einige von ihnen Existenzbeweise (Böcker 2022: 252) wie Ultraschallbilder (z.B. Jana) und materielle Überreste (z.B. Bianca) sammeln oder in »spirituellen« Familienaufstellungen mit deren Seelen in Kontakt treten (z.B. Lea) (10.2).

Drittens können Wunscheltern ein (*potenzielles*) *Adoptivkind* als *ihr* Kind imaginieren. Anders als im Falle der fragmentierten Körpersubstanzen und der reproduktiven

Verluste existiert dieses Kind als physisch wahrnehmbare Entität; gleichzeitig jedoch scheint das Verbundenheitsgefühl zu ihm aufgrund der fehlenden genetischen bzw. biologischen Verbindung¹ (noch) nicht ohne Weiteres gegeben. Um ein solches Kind als *das Eigene* wahrnehmen zu können, betreiben Wunsch-Adoptiveltern anderweitige Reflexionen, um ihre Verbindung zu *genau diesem* Kind als gegeben oder »vorherbestimmt« anzunehmen. Dies geschieht beispielsweise über die Interpretation gewisser Tatsachen als *Zeichen* – so wird etwa das errechnete Datum der Zeugung dieses Kindes als ebenfalls bedeutsamer Zeitpunkt in ihrem eigenen Leben erkannt. Für andere Personen mit unerfülltem Kinderwunsch wiederum ist es absolut undenkbar, sich ein genetisch nicht verwandtes Kind als mit ihnen verbunden vorzustellen (vgl. 10.3).

In der Empirie fand sich noch eine vierte Ausgestaltung des Wunschkindes, und zwar das rein imaginierte Wunschkind, das (noch) in gar keiner physisch fassbaren Weise existiert. Das wird etwa dann relevant, wenn Wunscheltern – insbesondere Wunschmütter – darüber berichten, dass sie sich selbst schon als Jugendliche einmal als Mutter mit vielen Kindern vorgestellt hätten. Ein anderes Beispiel für diese Ausgestaltung findet sich in den Ausführungen von Evangelikalen, wenn sie ihre Entscheidung gegen die künstliche Befruchtung begründen. Diesen imaginierten Embryonen gegenüber, die in ihrem Selbstverständnis mit »Kindern« gleichzusetzen sind, haben sie bereits ein Verantwortungsgefühl und sie möchten verhindern, dass sie unnötigerweise womöglich wieder »sterben« müssen. Abgesehen davon spielte diese Art des imaginierten Wunschkindes jedoch keine signifikante Rolle in den Interviews. Entsprechend wird diese nicht in einem gesonderten Unterkapitel beschrieben, sondern in ihrer situativen Relevanz in die Unterkapitel integriert.²

Eine emotionale Verbindung mit ihrem Wunschkind aufzubauen oder eine solche in gewissen Situationen zum Selbstschutz oder zur Legitimierung gewisser Entscheidungen auch zu verneinen, spielte für fast alle Interviewpartner:innen eine relevante Rolle. Eine wesentliche Ressource dafür bestand auf allen drei Ebenen in einer Strategie, die hier als *Transzendierung* bzw. *Ent-Transzendierung* gewisser Handlungen, Beziehungen und biologischer Fakten benannt werden soll. Mit »Transzendierung« ist, in Anlehnung an Luhmann (1982), die Einbettung von Ereignissen in einen grösseren Sinnzusammenhang gemeint. Dies *kann* auch eine explizite oder implizite Annahme einer In-

- 1 Genetische Verbindung zwischen Eltern und Kind besteht, wenn erstere ihr Genmaterial an letztere vererbt haben und dadurch »genetisch verwandt« sind. Biologische Verbundenheit besteht zwischen dem Kind und derjenigen Person, die es ausgetragen und geboren hat. Die »biologische« und die »genetische« Mutter wird meistens durch ein und dieselbe Person verkörpert; bei einer Leihmutterschaft oder einer Eizellspende ist jedoch von einer »gespaltenen Mutterschaft« zu sprechen.
- 2 Möglich ist, dass diese Ausgestaltung des Wunschkindes für solche Wunscheltern wichtig wird, die trotz der Inanspruchnahme von ART kinderlos bleiben. Die Ausführungen der auf unerfüllten Kinderwunsch spezialisierten psychologischen Beraterin Jeannine Donzé im Podcast »Expectations« deuten darauf hin: Dabei gehe es insbesondere darum, der sozial wenig anerkannten Trauer eines unerfüllten Kinderwunsches (vgl. dazu Kapitel 12) Raum zu geben – etwa, indem für das so sehnlich erwünschte Kind ein Baum gepflanzt, ihm eine Geschichte geschrieben, es mit einem Namen getauft oder dessen »Todestag« dann gefeiert wird, wenn der letzte Tag des Behandlungszyklus sich jährt (vgl. Podcast »Expectations«, Folge 8 vom 09.05.2023, <https://expectations.ch/podcast/8-jeannine-ressourcen/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

volvierung übergeordneter Entitäten (wie klassischerweise »Gott«) bedeuten, die diesen Sinnzusammenhang definiert. »Ent-Transzendierung« meint demgemäss die bewusste oder unbewusste Negierung eines solchen Zusammenhangs und die Deutung von Ereignissen als Produkt eines (statistischen) Zufalls. Prominent ist hier beispielsweise die Bedeutung zu nennen, die Individuen situativ der genetischen Verwandtschaft zu Körpern zuschreiben. Eine Transzendierung derselben legitimiert ein ausgeprägtes Verbundenheitsgefühl zu ihnen; eine Ent-Transzendierung hingegen hilft, sich von ihnen zu distanzieren bzw. alternative Formen der Verbundenheit zwischen Eltern und ihren Kindern als sinnstiftend zu deuten. Diese Momente der (Ent-)Transzendierung sollen im Folgenden anhand der drei Gestalten dargestellt werden, die das Referenzobjekt der Bezugnahme auf das Wunschkind annehmen können: fragmentierte Körper, reproduktive Verluste und Adoptivkinder. Unter 10.4 wird der Luhmannsche Transzendenzbegriff weiter ausgeführt und die Frage aufgeworfen, inwiefern seine Religionsdefinition helfen kann, das Feld noch besser zu verstehen.

10.1 Fragmentierte Körpersubstanzen

Die Empirie hat gezeigt, dass eine künstliche Befruchtung die Beziehung, die Wunscherlern zu ihrem Wunschkind aufbauen, erheblich beeinflussen kann. Als Patient:innen einer Kinderwunschlinik sind sie spezifischen Herausforderungen ausgesetzt, die bei einer spontanen Schwangerschaft nicht auftreten und die im Folgenden benannt werden. Grundlegend für die Situation ist, dass die Embryonen an einem vom Körper der Mutter *getrennten* Ort gelagert werden, es kommt also je nach Deutung der Wunscherlern zu einer räumlichen Fragmentierung zwischen sich und den eigenen »Kindern« (10.1.1). Wunscherlern müssen dabei meistens die Erfahrung machen, dass es höchst unvorhersehbar ist, wie sich diese gelagerten Embryonen dann weiterentwickeln – oder eben nicht. Diese sind damit sowohl eine mögliche Quelle von Hoffnung wie auch von Enttäuschung (10.1.2). Hinzu kommt im Besonderen für die Evangelikalen die Gegebenheit der (potenziell) überzähligen Embryonen, welche von ihnen moralisch bewertet wird und die Frage eröffnet, wie man mit diesen weiterverfährt. Sie einfach auftauen und »absterben« zu lassen, kommt für viele Evangelikale nicht in Frage (10.1.3). Schliesslich setzen sich – wiederum insbesondere die evangelikalen – Wunscherlern damit auseinander, was die Art der Zeugung für die Beziehung zwischen sich und ihrem Nachwuchs (langfristig) bedeutet – etwa, wenn diese als »künstlich« wahrgenommen wird. Dabei soll auch ein Vergleich zur Situation der Adoption gezogen werden. Hierbei liegen meistens nur eingeschränkt Informationen zu den Zeugungs- und Geburts Umständen vor, was einen erhöhten Bedarf an Interpretation und Sinnzuschreibung erfordern kann (10.1.4).

10.1.1 Räumliche Fragmentierung

Bereits im 7. Kapitel wurde ausgeführt, wie ein IVF-Verfahren die einzelnen Prozesse der Fortpflanzung sichtbar macht und zeitlich fragmentiert (hormonelle Stimulation, Befruchtung, Transfer, Einnistung, Schwangerschaft). Auch normativ sowie räumlich

geschieht eine Fragmentierung: Prozesse wie Sexualität und Fortpflanzung, die in der Regel als zusammengehörend verstanden werden, werden bei einer künstlichen Befruchtung dividiert. Personen ausserhalb der Zweisamkeit einer Beziehung sind in den Akt der Reproduktion involviert und das Zusammenbringen von Eizelle und Spermium geschieht ausserhalb des weiblichen Körpers. Die imprägnierten Eizellen bzw. die Embryonen werden anschliessend in einem separaten, nicht zugänglichen Ort gelagert und müssen zuerst wieder in die Gebärmutter transferiert werden, ehe sich eine potenzielle Schwangerschaft einstellen kann. Diese physisch stattfindenden Fragmentierungen können für Wunscheltern – insbesondere für die Frauen – auch mit einem entsprechenden *Gefühl* der Fragmentierung einhergehen. Dies evoziert gemäss Tjørnhøj-Thomsen (2005) möglicherweise ein besonders »strong need to be whole« (85), also ein gesteigertes Bedürfnis, sich als ein *Ganzes* wahrzunehmen – und nicht etwa lediglich als Summe von Körperteilen oder als Zusammensetzung von separierbarem Körper und Selbst, wie es die künstliche Befruchtung impliziert. Diesem Bedürfnis wird prominent von komplementär- und alternativmedizinischen Anbietenden begegnet – etwa in der Akupunktur oder der Homöopathie, die ihre spezifischen Therapieformen als »ganzheitlich« bezeichnen (vgl. 8.2.3).

Doch auch in der Etablierung einer Beziehung zu ihren Embryonen zeigt sich eine mögliche Ressource, mit der Fragmentierung umzugehen: Wunscheltern suchen nicht-körperliche Formen der emotionalen Verbundenheit mit ihnen. Im empirischen Material schlägt sich dies vor allem semantisch nieder – der bewussten Wahl bestimmter Bezeichnungen für vom Körper getrennte Substanzen wohnt das performative Potenzial inne, sich mit ihnen emotional verbunden zu fühlen. Lea (t1) spricht im Interview etwa von sogenannten »Eisbärchen« (wenn sie kryokonserviert sind), die Influencerin Anna Adamyan nennt ihre Eizellen auf Instagram und in öffentlichen Interviews »meine kleinen Kämpferchen«.³

Die verwendeten Substantive, die zwar nicht explizit auf einen Menschen, aber doch auf ein Lebewesen oder eine anthropomorphe bzw. zoomorphe Idee (Eisbär, Kämpfer) referieren, sind ein Indiz dafür, dass die in-Vitro gezeugten Embryonen bereits als potenzielle Kinder verstanden werden. Hinzu kommen die Diminutivformen, die das Benannte intuitiv als »klein« und »niedlich« kennzeichnen – eben wie ein Baby.⁴ Vor allem das Possessivpronomen »meine Kämpferchen« wie auch die Idee eines tapferen Kämpfers implizieren, dass es sich bei der imprägnierten Eizelle um etwas mit einem Bewusstsein handelt, das dieselben Ziele verfolgt wie die Wunschmutter und damit intrinsisch mit ihr verbunden ist – es *kämpft* darum, geboren zu werden. Das Verbundenheitsgefühl mit den Embryonen lässt sich sprachlich also auf drei Ebenen festmachen: durch Diminutivformen, die Verwendung von Possessivpronomen und durch die Verwendung von Sub-

3 Vgl. z.B. <https://www.vip.de/cms/anna-wilken-ist-richtig-gluecklich-der-embryo-transfer-hat-geklappt-5017106.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

4 Man könnte argumentieren, dass sich die Diminutivformen lediglich auf die tatsächliche Grösse des Referenzobjekts bezieht – Eizellen und Embryonen *sind* tatsächlich klein und mit dem menschlichen Auge kaum wahrnehmbar. Dem ist entgegenzuhalten, dass dann die Bezeichnungen »Embryonchen« oder »imprägnierte Eizellchen« ebenfalls sinnvoll wären. Diese finden sich im Feld jedoch nicht.

stantiven, die eine anthropomorphe Idee ausdrücken. Es ist naheliegend, dass die Tendenz zur Anthropomorphisierung von Embryonen auch durch die Entwicklungen in der Medizintechnologie verstärkt wird. Das sogenannte EmbryoScope⁵ wurde in den frühen 2010er-Jahren eingeführt – bis zu diesem Zeitpunkt konnten Embryonen nur ganz kurz beobachtet werden, weil sie schnell wieder zurück in den Inkubator mussten. Auch wenn die Entwicklung der Embryonen damit nach wie vor unvorhersehbar bleibt, ermöglicht das EmbryoScope durch eine permanente Überwachung und Betrachtung der Embryonen ein Gefühl von Kontrolle (vgl. Bärnreuther 2021: 127–129). Das passt auch damit zusammen, dass Vera (t1) die Idee gefiel, dass tschechische IVF-Kliniken wiederkehrend Videos der imprägnierten Eizellen während verschiedener Stadien zur Verfügung stellen. Auch wenn dadurch keine Möglichkeit besteht, deren Entwicklung zu beeinflussen, so macht sie diese doch zumindest beobachtbar und erlaubt es, eine gewisse emotionale Verbindung zu ihnen aufrecht zu erhalten.

10.1.2 Unberechenbarkeit der Entwicklung von Embryonen

Die embryonale Entwicklung ist unberechenbar und bleibt dies auch mit den Überwachungsmöglichkeiten moderner Technologien. Wenn eine künstliche Befruchtung erfolgreich sein soll, muss vieles funktionieren wie geplant. Auch dann, wenn bereits mehrere einsetzbare Embryonen hergestellt und eingefroren werden konnten, ist offen, ob sich diese planmässig in der Gebärmutter einnisten und weiterhin normgemäss entwickeln. Die Embryonen, von denen sich Wunscheltern so stark erhoffen, dass aus ihnen einmal die eigenen Kinder werden, repräsentieren daher nicht nur eine Quelle von Hoffnung, sondern auch von einer potenziell verheerenden Enttäuschung. Der Umgang mit dieser Ambivalenz fordert von den Wunscheltern eine Flexibilität in der Deutung der Beziehung zu den Embryonen. Das Fallbeispiel Rahel, mit der ich im Abstand von etwa einem Jahr zwei Interviews geführt habe, zeigt dies besonders gut auf. Rahel und ihr Mann entschieden sich (als einzige im Sampling) dazu, alle ihre gewonnenen Embryonen genetisch analysieren zu lassen, um mögliche Gendefekte ausschliessen oder auf ein Minimum reduzieren zu können. Mit dieser Entscheidung geht eine komplexe Situation einher. So sind Embryonen häufiger als angenommen nicht absolut frei von möglichen Gendefekten – man spricht von sogenannten »Mosaiken«, wenn verschiedene genetische Informationen innerhalb desselben Embryos vorkommen. Das »Potenzial« für einen Gendefekt liegt dann zwar vor, das Risiko, dass sich dieser gegenüber den »normalen« Chromosomensätzen durchsetzt, variiert dabei jedoch. So sahen sich Rahel und ihr Partner mit der Frage konfrontiert, *welche Gendefekte* sie zu welchem *Prozentsatz* für ihr potenzielles Kind riskieren wollten. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews wiesen alle gewonnenen Embryonen von Rahel und ihrem Mann vergleichsweise gravierende Mosaik auf. Die biomedizinischen Expert:innen, die diese genetischen Tests durchführten, halfen ihnen dabei, »Prioritätenlisten« (Rahel t1) aufzustellen. Sie empfahlen ihnen also, ihre Embryonen entsprechend einer berechneten Rangliste einsetzen zu lassen. Ferner klärten sie

5 Ein EmbryoScope ist ein spezieller Inkubator. Darin sind ein Mikroskop sowie eine Kamera angebracht, sodass eine permanente Überwachung der embryonalen Entwicklungsschritte ermöglicht wird.

darüber auf, dass auch pränatal noch Abklärungen durchgeführt werden könnten, und sollte sich ein Gendefekt tatsächlich durchgesetzt haben, »dann müsste man halt abtreiben« (Rahel t1). Rahel spricht im Kontext der gewonnenen Embryonen von »schlechter und guter Ausbeute« (t1) und von »nicht verwendbaren Blastozysten« (t2). Im Vergleich zur Art und Weise, wie die anderen Interviewpartner:innen über ihre Embryonen sprechen, fällt Rahels nüchterne, naturwissenschaftliche und distanzierte Semantik auf – es kommt gerade *nicht* zu einer Anthropomorphisierung der Embryonen. Sie sprach insbesondere im ersten Interview nicht so über sie, als wären es ihre potenziellen Kinder, und auch nicht unbedingt so, als gäbe es eine erwähnenswerte emotionale Verbindung zwischen ihr und ihnen. Es sollte sich noch herausstellen, dass gerade diese aufs Rationale beschränkte Betrachtung ihrer Embryonen eine Coping-Strategie darstellte. Indem sie sich von ihnen distanzierte und eine emotionale Verbundenheit implizit negierte, bewahrte sie sich selbst ein Stück weit vor negativen Emotionen – wie etwa vor Verlustängsten. Das wurde im zweiten Interview deutlich. In diesem berichtete Rahel, dass sie sich nach mehreren Transfers und dem Einfrieren einiger Embryonen (sowohl solcher, die genetisch mehrheitlich unbelastet waren als auch solcher, die ein Mosaik aufwiesen) dazu entschieden hat, noch zwei Inseminationen durchzuführen. Das ist dahingehend untypisch, als dass alle anderen Interviewpartner:innen *zuerst* die drei von der Krankenkasse bezahlten Inseminationen durchgeführt hatten, ehe sie die erste künstliche Befruchtung durchführten. Das liegt daran, dass letztere sehr viel teurer und körperlich deutlich invasiver ist. Gleichzeitig sind Inseminationen wenig erfolgsversprechend; im vorliegenden Sampling hat die Insemination nur bei Maria zu einer bleibenden Schwangerschaft geführt. Rahel begründete ihre Entscheidung, die Inseminationen doch noch in Anspruch zu nehmen, mit ihren »Verlustängsten« (t2):

ja, ich habe einfach so wie gedacht, ja wenn es dann klappt mit Insemination, dann haben wir noch die [eingefrorenen Embryonen] für ein zweites Kind, so Verlustängste (Rahel t2)

Rahel hat im Laufe des Jahres einen Wandel durchgemacht, was ihren Bezug zu den eingefrorenen Embryonen betrifft. So spricht sie hier bereits von einem »Kind«, das aus den Embryonen entstehen kann. Ausserdem verweist sie mit dem Ausdruck »Verlustangst« auf einen wesentlichen Unterschied zwischen der Insemination und der künstlichen Befruchtung: Scheitert erstere, ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass es gar nicht erst zu einer Befruchtung gekommen ist und das Verlustobjekt entsprechend weniger emotional behaftet ist. Eine erfolglose Insemination ist damit vergleichbarer mit einem »natürlichen« Versuch, der nicht zu einer Schwangerschaft führt. Verloren ist »nur« die Chance auf eine Schwangerschaft, nicht aber ein potenzielles und spezifisches Kind, wie dies bei der künstlichen Befruchtung der Fall ist. *Eingefrorene* Embryonen sind vorerst sicher, ihnen kann im geschützten Raum der kryokonservierenden Stickstoff-Umgebung nichts passieren – sobald sie aber transferiert werden, können sie verloren gehen. Genau das wollte Rahel verhindern. Es war also in diesem Fall gerade die emotionale Verbundenheit zu ihren Embryonen, die sie zur Entscheidung führten, es zunächst nochmals mit der

Insemination zu versuchen.⁶ Im Verlauf des zweiten Interviews wurde dabei deutlich, dass sie dazu in der Lage war, situativ zwischen dieser Verbundenheit und der Negierung einer emotionalen Bedeutungszuschreibung zu wechseln. Zum Zeitpunkt dieses zweiten Interviews war Rahel im ersten Trimester schwanger. Die ersten beiden Zyklen mit genetisch »unauffälligen« Embryonen führten nicht zu einer Schwangerschaft; beim dritten Versuch funktionierte es – mit einem Embryo, der ein Trisomie 20-Mosaik aufwies. Bevor die Schwangerschaft bestätigt wurde, konfrontierten sie Ängste:

das war wirklich eine extreme Angst, die ich immer hatte [den Embryo wieder zu verlieren], das dritte Mal jetzt wie ein wenig weniger, irgendwie weil ich habe halt wahrscheinlich wie gedacht »ja jetzt haben wir so einen Mosaik«, wie so die Hoffnung ist wie nicht mehr SO da, also weisst du, so »jetzt haben wir einen Mosaik transferiert, ja es kann gut sein, dass der einfach nicht klappt und so« und bin eigentlich schon so ein wenig »ja es klappt eh nicht und so« irgendwie (Rahel t2)

Rahel hatte »immer« eine »extreme Angst«, den ihr eingesetzten Embryo wieder zu verlieren. Das verweist darauf, dass *eingesetzte* und damit nicht mehr »sichere« Embryonen ein anderes, intensiveres Verbundenheitsgefühl auslösen. Die negative Erfahrung mit gescheiterten Versuchen hatten Rahel aber gelehrt, dass es besser ist, eine solche Verbundenheit möglichst zu negieren.⁷ Um sich vor einer weiteren Enttäuschung zu bewahren, betonte Rahel so beim dritten Versuch die Defizite des Embryos statt ihrer emotionalen Verbindung zu ihm – sie bedient sich wieder einer nüchterneren Sprache. Statt vom »Embryo« oder gar vom »Kind« zu sprechen, wählt sie hier als Bezeichnung lediglich den genetischen Qualitätsstatus desselben: »so einen Mosaik«.

Rahel selbst interpretiert ihre eigene situative Deutungsleistung als potenziell widersprüchlich:

für mich ist es eigentlich schon viel früher ein Leben, glaube ich, auch wenn es noch kein Herzschlag ist, also auch so ein, ich rede zwar immer recht technisch, ich rede dann eben vom »Einnistchen« [Original: Ihnisti] oder vom »Zellhäufchen« [Original: Zellhüfel] oder so, aber für mich ist das auch schon irgendwie, weiss auch nicht, etwas, was da drin passiert (Rahel t2)

Auch hier zeigt sich wieder, dass Rahel insbesondere denjenigen Embryonen eine veränderte emotionale Bedeutung zuschreibt, die ihr *eingesetzt* worden sind und denen sie

-
- 6 Die Verlustangst in Bezug auf eingesetzte Embryonen kann auch durch den Umstand verstärkt werden, dass künstliche Befruchtungen so teuer sind. Auch Jana artikuliert im Interview, dass es sie sehr beruhigte, mehrere Embryonen eingefroren zu haben. Andernfalls hätte der Verlust eines Embryos nach dem Transfer für sie womöglich das Ende der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin bedeuten können – sie hätte es sich schlicht nicht mehr leisten können (vgl. zur Ermittlung des »Werts« eines Embryos durch monetäre Kriterien auch Bärnreuther 2021: 131).
- 7 Dieses Vermeiden eines sogenannten pränatalen Bondings zeigte sich auch bei anderen Interviewpartner:innen, die von reproduktiven Verlusten betroffen waren. Diese Vermeidungsstrategie ist eine Konsequenz der Erfahrung, dass ein positiver Schwangerschaftstest noch nicht bedeuten muss, dass ein lebendes Kind zur Welt kommen wird (so etwa bei Lea, Jana, Anja, Julia und Lukas, s.u. die Ausführungen im Kapitel zu reproduktiven Verlusten).

eine reelle und gleichzeitig so fragile Chance zuschreibt, sich zu einem überlebensfähigen Fötus weiterzuentwickeln (»etwas, was *da drin* passiert«). Dann hat sie auch eine besondere Bezeichnung für diese Embryonen, und zwar »Einnistchen« oder »Zellhäufchen«. Rahel beschreibt diese Bezeichnungen zwar als »technisch«, das sind sie aber nur auf den ersten Blick: Schon weiter oben konnte gezeigt werden, dass die Verwendung von Diminutivformen bereits auf eine Verbundenheit zu den Embryonen verweist und eine anthropomorphe Gestalt andeutet. Ausserdem sind »Einnistchen« und »Zellhäufchen« deutlich weniger technische oder naturwissenschaftliche Beschreibungen als es etwa »Mosaik« oder »(unbrauchbare) Blastozyste« es sind.

Das Fallbeispiel von Rahel veranschaulicht, wie flexibel Wunscheltern aktiv Bedeutungszuschreibungen zu den genetisch verwandten (und fragmentierten) Körpern vornehmen können. Damit gelingt es ihnen situativ, sich entweder vor negativen Gefühlen wie Verlustängsten oder Enttäuschungen zu bewahren oder aber eine emotionale Beziehung zu ihrem potenziellen Kind zu etablieren.

10.1.3 Überzählige Embryonen

Embryonen können divergierende Bedeutungen zugeschrieben werden – sie können einerseits als etwas verstanden werden, das intrinsisch mit zwei Individuen verbunden und entsprechend wertvoll ist. Andererseits sind Embryonen, die nicht (mehr) gebraucht werden – etwa, weil sich ein Kinderwunsch erfüllt hat – ein reines Wegwerfprodukt. Anders ausgedrückt: Der Wert, der (eingefrorenen) Embryonen zugeschrieben wird, bemisst sich ganz fundamental darüber, ob er als mit den Eltern verbunden verstanden wird oder nicht. Embryolog:innen und Ärzt:innen verhalten sich entsprechend dieser Bedeutungszuschreibung. So hat auch Bärnreuther (2021) im Anschluss an ihre teilnehmenden Beobachtungen in indischen IVF-Kliniken konstatiert: »Once embryos have lost their relational potential to patients, they are simply not valued anymore« (134).

Zwei bzw. drei der Interviewten – Jana und Anja/Tim – verfügten nach der Geburt ihrer jeweils ersten Kinder über weitere eingefrorene Embryonen. Die Erfahrung, dass aus einem solchen ein Mensch entstehen kann, scheint sie in ihrer Wahrnehmung derselben als potenzielle Kinder zu bestätigen. Damit halten sie die Verbindung zwischen sich und den Embryonen weiterhin aufrecht:

blöde gesagt haben wir ja nochmals zwei potenzielle Kinder eingefroren <lacht>, und für mich ist irgendwie so, es ist eine ungenutzte Chance, wenn wir es nicht probieren, (1) ich habe mir auch immer vorgestellt, dass wir zwei Kinder haben, ein Mädchen wäre noch schön (Jana)

wir haben auch noch fünf eingefrorene Blastozysten und ich weiss, dass ich nicht fünf Kinder will und, also wir sind uns am überlegen, ob es ein zweites (1) etc. geben soll, und, und, aber auch die Vorstellung von dass es dort kleine Mias [Name des erstgeborenen Kindes] oder einfach so, wir kennen jetzt EIN Kind das daraus entstanden ist, wie wären die anderen und wir wissen, dass wir sie fünf Jahre aufbehalten können und danach nochmals für fünf Jahre verlängern können und ja, was macht man danach damit (Anja)

Jana und Anja machen sprachlich ein Verbundenheitsgefühl zu ihren Embryonen deutlich. Jana spricht von »potenziellen Kindern« und denkt sie bereist als geschlechtlich markiert; sie sieht sich als Mutter sowohl eines Jungen (der bereits geboren wurde) und eines Mädchens. Anja spricht von den Embryonen als »kleine Mias«; als weitere Kinder, die sie gerne kennenlernen will.

Die Möglichkeit, durch die biomedizinische Kinderwunschbehandlung »überzählige Embryonen« zu erzeugen, beschäftigt die religiös Unspezifischen also durchaus, sie ist jedoch *nicht* initial handlungsleitend. Anja und Jana reflektierten zwar deren Existenz und fragten sich, was nun damit zu tun sei (»ja, was macht man danach damit«), sie stellten jedoch für beide keinen Einwand gegen die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin dar. Eine Antwort auf die Frage mit dem Umgang mit den überzähligen Embryonen zu finden, wird nicht prioritär behandelt und kann auf die Zeit *nach* der erfolgreichen Schwangerschaft geschoben werden. Bei den Evangelikalen ist dies anders – das »Risiko« überzähliger Embryonen wirkt sich wesentlich auf ihre Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer künstlichen Befruchtung aus. Die evangelikalen Frauen im vorliegenden Sampling benannten es als moralisches Problem, nicht zu wissen, ob bei der Verschmelzung von weiblichem und männlichem Zellkern bereits *Leben* vorhanden sei. Sie fühlten sich verantwortlich dafür, mit einer Entscheidung für eine künstliche Befruchtung auf illegitime Art und Weise Leben zu erschaffen, für das sie womöglich gar keine Verwendung hätten.⁸ In der Empirie sowie in der Literatur lassen sich zwei Formen des Umgangs mit der Problematik identifizieren. Die meisten der befragten Gläubigen stellten ihren eigenen Kinderwunsch zugunsten des »Wohls« dieser gedachten Kinder zurück. Das zeigt sich in den Ausführungen von Sonja und Sabine, die eine IVF ablehnten:

was machst du mit den Übriggebliebenen [Original: mit de Vorige] (1) [...], was machst du mit diesen Menschen, also entweder lässt du sie eingefroren oder du lässt sie auftauen und sie sterben ab, äh, (2) ich hatte kein »ja« dazu, wirklich absolut nicht (Sonja)

meine grosse Frage war immer, was macht man mit den überzähligen imprägnierten Eizellen, das konnte ich einfach irgendwie nicht klar, wir hatten da wie nicht eine Lösung gefunden (Sabine)

Neben dieser konsequenten und vergleichsweise radikalen Umgangsform, den eigenen Kinderwunsch zugunsten der imaginierten Embryonen zurückzustellen, existiert noch

8 Dieses Szenario scheint sich empirisch in der Schweiz gar nicht so häufig zu zeigen. Im Rahmen eines Vortrages an einem Workshop an der Universität Basel Anfang 2022 erklärte der Jurist Matthias Bürgin, dass nur gerade fünf Prozent der Personen, die eine künstliche Befruchtung in Anspruch genommen haben, danach noch über weitere eingefrorene Embryonen verfügen (vgl. Bürgin 2022). Konkret sind beispielsweise im Jahr 2023 in der Schweiz insgesamt 17'684 Embryonen vernichtet worden. Dies geschah jedoch nur in 2520 Fällen als Folge der Entscheidung der entsprechenden Wunscheltern. Alle anderen Embryonen mussten vernichtet werden, weil sie sich nicht normgemäss entwickelten oder weil bei ihnen genetische Störungen entdeckt wurden (vgl. <https://www.bag.admin.ch/de/umgang-mit-embryonen-nach-in-vitro-fertilisation>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

eine zweite. Diese klingt in den Ausführungen von Nadine und Bianca an. Die beiden Frauen waren die einzigen Evangelikalen, die eine künstliche Befruchtung in Betracht zogen. Bei beiden ging der Kinderwunsch schlussendlich ohne medizinische Behandlungen in Erfüllung. In den folgenden Ausschnitten reflektieren sie das Problem der überzähligen Embryonen:

zwölf Kinder will ich vielleicht doch nicht, ja, oder, aus sechs Eizellen sagen sie [die Ärzt:innen] zwei bis drei Embryonen, die man einsetzen kann, da haben wir wie das Gefühl gehabt mit dem könnten wir glaube ich dealen (Nadine)

was für mich ein Problem ist, ist wenn man dann überschüssige Embryonen, was macht man damit, oder, genau, ich hatte einfach noch ganz viele Fragen [...], ich würde nicht, ich wollte nicht, wollte nicht einfach dann irgendwie noch fünf entsorgen oder so [...], ich könnte die dann nicht vernichten, ich müsste die dann austragen, dann ist wie die Frage eben, äh, vielleicht müsste man dann zuerst klären, wie hoch ist die Chance, dass man danach auch so viele hat, [...] es ist ja auch nicht gesagt, dass dann alle überleben (Bianca)

Beide diskutieren, dass sie es nicht verantworten könnten, überzählige Embryonen zu produzieren. Für alle gezeugten Embryonen wird die Verantwortung übernommen, woraus Nadine gedanklich das Szenario konstruiert, in welchem sie bis zu »zwölf Kinder« gebären müsste. In der Realität käme jedoch sowohl ihr wie auch Bianca der Umstand zu Gute, dass sich nicht alle erzeugten Embryonen weiterentwickeln – geschweige denn, dass sich auch so viele von ihnen in der Gebärmutter einnisten und dann als überlebensfähige Kinder geboren werden.⁹ Mit ihrer Formulierung »es ist ja auch nicht gesagt, dass dann alle überleben« spricht Bianca hier etwas an, was sowohl Bärnreuther (2021: vgl. 129f.) in ihrer Feldforschung in indischen IVF-Kliniken als auch Czarnecki (2022) in ihren qualitativen Untersuchungen zu Evangelikalen in den USA noch viel expliziter vorfanden, und zwar den »Compassionate Transfer«.¹⁰ Embryonen werden dabei nach wie vor als »kids on ice« (Czarnecki 2022: 107) verstanden und es besteht eine emotionale Verbundenheit zu ihnen, wobei sie gleichzeitig »ungewollt«

-
- 9 Man könnte hier die Frage stellen, warum Nadine und Bianca keine IVF Naturelle ausprobierten. Diese hätte den Vorteil, dass nie mehr als ein Embryo pro Zyklus produziert würde und es daher auch nie überzählige Embryonen geben kann. Aufgrund der schlechten Quote der IVF Naturelle stellte diese jedoch keine Option für die Frauen dar. Nadine probierte diesen Weg einige Male aus, doch daraus hat sich kein überlebensfähiger Embryo entwickelt. Ihr wurde von den behandelnden Ärzt:innen zu einer konventionellen IVF geraten. Ähnliches berichtete auch Sabine, für die wenn, dann sowieso nur diese Art der künstlichen Befruchtung in Frage gekommen wäre.
- 10 In den USA wird der Compassionate Transfer in einigen Kliniken explizit als Möglichkeit vorgestellt, wie mit überzähligen Embryonen umgegangen werden kann (vgl. z.B. <https://www.illumefertility.com/fertility-blog/embryo-donation-the-science-and-the-stories-behind-the-choice> oder <https://lomalindafertility.com/resources/what-to-do-with-frozen-embryos/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025). Sie ist jedoch im US-amerikanischen Diskurs nicht unumstritten; einige Akteur:innen argumentieren, sie wäre »unlogisch« und würde das Gesundheitssystem unverhältnismässig belasten (vgl. dazu Riggan/Allyse 2019). In der Schweiz wird die Praxis nicht als solche beworben.

sind – beispielsweise, weil sich der Kinderwunsch bereits erfüllt hat oder weil ein Gendefekt identifiziert worden ist. Statt sie nun einfach auftauen und absterben zu lassen, werden sie in den Uterus der Frau transferiert. Ausschlaggebend ist dabei der Zeitpunkt des Menstruationszyklus' der Frau: Der Transfer findet während eines Zeitfensters statt, in welchem die Chancen auf eine Einnistung minimal sind – also dann, wenn sich gar keine Gebärmutter Schleimhaut aufgebaut hat. In diesem Narrativ hat die Frau jedoch ihren Körper zur Verfügung gestellt und Gott die Entscheidung überlassen, den Embryo leben oder sterben zu lassen und ihn zu sich an einen »besseren Ort« zu holen – entsprechend der christlichen Jenseitsvorstellung ist dies meist der »Himmel« oder die »Ewigkeit«. Für viele Evangelikale bedeutet dies, dass sie ihren »Kindern«, also auch den im Uterus abgestorbenen Embryonen, nach ihrem eigenen Tod im Jenseits wieder begegnen (vgl. 107–113). Die evangelikalen Frauen halten ihre persönliche Verbindung zu diesen Embryonen auch nach dem Abort weiterhin aufrecht und verstehen sie zu jedem Zeitpunkt als *ihre Kinder* – nur eben nicht im Diesseits. In der von ihnen angenommenen Verbundenheit mit ihren Embryonen lässt sich damit ein klares Transzendierungsmoment festhalten, das eine performative Wirkung entfaltet und reelle Auswirkungen auf die Embryonen und den Umgang mit ihnen hat.

Auf einer analytischen Ebene lässt sich zudem festhalten, dass Evangelikale in beiden Fällen – sowohl beim Verzicht auf eine Kinderwunschbehandlung wie auch beim Compassionate Transfer – der Idealvorstellung der »guten« und hingebungsvollen Mutter entsprechen können, eine Rolle, welche in diesem Milieu als erstrebenswert gilt (vgl. Czarnecki 2022: 107). Im ersten Fall verzichtet die Wunschmutter zugunsten der noch nicht einmal existierenden Embryonen (ihren »Kindern«) auf die Erfüllung ihres sehnlichen Wunsches und stellt die eigenen Bedürfnisse hinten an. Beim Compassionate Transfer können die Wunschmütter diese Rolle körperlich erfüllen: Sie stellen ihren Körper zur Verfügung und erleben eine Fehlgeburt. Durch diesen körperlichen Akt bestätigen sie ihr Verständnis der Embryonen als »Menschen« in einer performativen Handlung. So scheint der Embryo erst durch den Abort auch im »klassischen« Sinne zu »sterben« und von Gott »zu sich geholt« werden zu können und zum Bestandteil der Familie zu werden. Das »Schicksal« eines Embryos hingegen, der einfach aufgetaut würde, wird auf illegitime Art und Weise von menschlichen Akteur:innen bestimmt: Sie »vernichten« ihn oder »lassen ihn absterben«. Einem solchen Embryo scheint der Status als »gestorben« verwehrt zu bleiben und es ist unklar, ob er in einer dies- oder einer jenseitigen Sphäre verweilt. So lässt sich in der Bedeutung, die hier der Rolle der »liebenden und aufopfernden Mutter« und ihrem Körper zugeschrieben wird, ein weiteres Transzendierungsmoment ausmachen.

Religion dient in diesen Fällen folglich als mögliche Ressource, sich in der eigenen Rolle als selbstwirksam zu erachten, die eigenen Entscheidungen zu legitimieren und das Problem der überzähligen Embryonen zu umgehen oder sogar ins Positive zu wenden. Die eigene Familie wird als umfangreicher gedacht – einen Teil der Kinder werden die Eltern dieser Vorstellung zufolge im Jenseits kennenlernen dürfen.

10.1.4 Aussergewöhnliche Zeugungs- und Geburtsumstände

Künstlichkeit und Natürlichkeit

Die Interviewdaten verweisen darauf, dass auch den Umständen, unter denen ein (potenzielles) Kind gezeugt wird, eine transzendente Bedeutung zugeschrieben werden kann. Es spielt eine Rolle, *wie* jemand gezeugt wird. Es hat einen Einfluss auf das Verbundenheitsgefühl zwischen Eltern und Kind und wird als relevant für dessen Identitätskonstitution verstanden.

Bei einer künstlichen Befruchtung kommt es zu einer Auslagerung und einer Fragmentierung des Entstehungsorts neuen Lebens und dem mütterlichen Körper. Diese als besonders verstandenen Bedingungen brachten viele der Interviewten ins Gespräch ein; sie diskutierten die »künstliche Erzeugungssituation« und deren mögliche Auswirkungen auf ihre Wahrnehmung ihrer (potenziellen) Kinder. Dabei zeigten sich empirisch eindrücklich zwei divergierende Deutungen. Eine davon wurde von derjenigen Gruppe von Personen vertreten, die mit einer künstlichen Befruchtung erfolgreich war oder sich gegenwärtig in einer Kinderwunschbehandlung befand. Für diese Personen kommt es erstens zu einer Ent-Transzendierung von »Natur« bzw. »Natürlichkeit«. Sie bewerten es nicht unbedingt als negativ, dass ihr Kind unter »künstlichen« Umständen gezeugt wird bzw. wurde – sie haben sich mit der Situation arrangiert und sie zur Kenntnis genommen. Lorena, deren Zwillinge mittels einer ICSI gezeugt wurden, beschreibt dies in einem eher nüchternen Tonfall:

der Zeugungsprozess [ist] so völlig entkoppelt von allem Natürlichen, oder, also DAVON finde ich, muss man sich eh relativ schnell im Prozess irgendwie verabschieden (Lorena)

Anja und Tim argumentierten ähnlich, wobei »Natürlichkeit« im Kontext ihrer Reproduktion für Anja nie ein besonders anzustrebender Wert war – »Natur« wurde von ihr bereits vorgängig ent-transzendiert. Auch ihre Tochter wurde mittels einer ICSI gezeugt. Im Unterschied zur IVF wird das in die Eizelle zu injizierende Spermium vorgängig von der:dem Embryolog:in bewusst ausgewählt. Daher wird die ICSI teilweise als ein invasiver Eingriff in den »natürlichen Lauf der Dinge« verstanden als eine IVF.¹¹ Auf die Frage hin, ob es für sie einen Unterschied mache, ob ihr Kind mittels einer ICSI und nicht mit einer konventionellen IVF gezeugt wurde, erklärt Anja:

ich bin eh medizinaffin, ich bin ursprünglich FaGe [Fachfrau Gesundheit] und ich arbeite auch immer noch in Reha-Kliniken, also auch mein Chef ist jetzt ein Arzt und ich bin sehr viel in diesem, in diesem Bereich unterwegs, und eben, so ob etwas natürlich ist oder nicht, ich meine, wir sind schon jenseits von Gut und Böse gewesen wenn es ums Natürliche geht <lacht>, darauf kommt es auch nicht mehr an (Anja)

11 Das wurde beispielsweise im Interview mit Helena sehr deutlich: »wenn man so Zeugs macht [eine künstliche Befruchtung], bitte, lässt das Leben entscheiden wenigstens, man sagt ja die Eizelle entscheidet, welches Spermia sie hineinlässt, sonst macht sie nicht auf, und DIESEN Prozess zu übergeben und diese arme Eizelle [...], das macht mir fest Bauchweh, mhm, so dass wirklich Spermia gewaltsam (2) in die Eizelle hineingespritzt wird, habe ich meine grössten Bedenken.«

Zweitens kommt es, zusätzlich zur Ent-Transzendierung von »Natürlichkeit«, bei dieser Gruppe in vielen Fällen zu einer Transzendierung der eigenen Reproduktionsgeschichte. Das äussert sich vor allem darin, dass das Kind durch die Zeugungsumstände zum »absoluten Wunschkind« wird, das aufgrund der erschwerten Bedingungen und der emotionalen Ressourcen, die darin investiert wurden, über alles geliebt wird. Ein Beispiel dafür liefert der Instagram-Account »Whilewaitingforourrainbow«. Die Frau, die ihn betreibt, dokumentierte ihren Weg auf Social Media. Nachdem ihr Sohn mithilfe einer IVF gezeugt und geboren wurde, veröffentlichte sie dies in einem Instagram-Post¹² (siehe Abb. 3).

Das Kind trägt einen Body, der es als »IVF-Baby« ausweist. Auch die Hashtags und die Unterschrift machen klar, dass die Reproduktionsgeschichte der Eltern bzw. der Mutter intrinsisch mit der Identität des Kindes verwoben sein muss. Aus dem Kind wird nicht nur ein »IVF-Baby«, es personifiziert auch das »Rainbowbaby« (also ein Baby, das *nach* einem reproduktiven Verlust – einem »Sternenkind« – geboren wurde). Das bedeutet, dass die vorhergehenden Fehlgeburten der Mutter ebenfalls als relevant für die Identität *dieses* Kindes angesehen werden. Ein anderes Social-Media-Beispiel ist ein Post von Anna Adamyan,¹³ deren Sohn mittels einer ICSI gezeugt wurde. In einer Story macht sie Werbung für ein Buch, welches sie für ihn bestellt habe. Es trägt den Titel: »Unser allerliebstes Geschenk – für Kinder, die in einer Kinderwunschlinik entstanden sind«. Dieses Buch adressiert also Kinder von Eltern, die Reproduktionsmedizin angewendet haben und überträgt so das, was die Eltern erlebt haben, auf das Kind bzw. macht das Erlebte zu einem konstitutiven Identitätsmerkmal des Nachwuchses. Der Titel impliziert zudem, dass die Reproduktionshistorie der Eltern ein Beleg für die Liebe zum Kind darstellt (»unser *allerliebstes* Geschenk«).

Auch in den Interviewdaten zeigte sich dieses Framing:

du kannst dem Kind sagen »du warst ein absolutes Wunschkind« (Vera t1)

das [dass Ben durch eine künstliche Befruchtung gezeugt wurde] werde ich ihm erzählen, ich finde es ist wichtig, dass man das den Kindern nicht verschweigt, woher dass sie kommen, (1) um ihm auch zu zeigen, wie wichtig er uns ist, vielleicht auch, (2) vielleicht, manch- manchmal, wenn es so in der Jugend ist, (1) dann verfluchst du doch deine Eltern manchmal, normalerweise, und ähm, um ihm dann wie aufzuzeigen, dass er wirklich ein absolutes Wunschkind ist und, und mega geliebt ist und sehr gewollt ist, tut dem Kind eben auch gut (Jana)

Die Zeugungsumstände von Janas Sohn werden hier als so relevant markiert, dass sie sogar noch im Jugendalter die Beziehung zwischen ihm und seiner Mutter positiv beeinflussen können.

12 Online verfügbar unter <https://www.instagram.com/p/CwQNq3fMrkR/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

13 Das Profil von Anna Adamyan ist verfügbar unter <https://www.instagram.com/annaadamyan/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Abb. 3: Instagram-Post von »whilewaitingforourrainbow« vom 22.08.2023



Quelle: <https://www.instagram.com/share/BAPo7rUEUj>

Als typisch für diese Gruppe hat sich auch Janas Argument erwiesen, demzufolge es wichtig ist, das Kind irgendwann einmal über die Umstände seiner Zeugung zu informieren: »dass man das den Kindern nicht verschweigt, woher dass sie kommen«. Bis auf Lorena gaben alle Interviewten, die medizinische Hilfe in Anspruch genommen hatten,

an, dass sie ihr Kind darüber einmal aufklären wollen.¹⁴ Auch dadurch geben die Eltern ihre eigene Reproduktionshistorie als identitätsstiftendes Element an die nächste Generation weiter.

Die genau umgekehrte Deutung wird vor allem von denjenigen vertreten, die sich gegen eine künstliche Befruchtung entschieden haben bzw. die ohne eine solche zu Eltern geworden sind. Sie transzendieren »Natur« und »Natürlichkeit« und bewerten »künstliche« Umstände einer Zeugung entsprechend negativ. Dabei kann sich das Framing mit der Zeit verändern. Während es Jana heute, nach der Geburt ihres Sohnes, »schnurzegal« ist, wie dieser gezeugt wurde, reflektiert sie initiale Gedanken der Irritation an ein unpersönliches und künstlich gezeugtes Kind:

ja, es ist doch auch so ein wenig ein komisches Gefühl, zu wissen, dass dein Kind künstlich hergestellt worden ist eigentlich, also jetzt, wo er [Sohn Ben] da ist, ist es schnurzegal, aber (1) du hast wie noch nicht den Bezug, du hast ja noch nicht dein Kind, du, du realisierst das ja gar noch nicht, das ist ja eine Zelle, also es ist eine Eizelle und ein Spermium (Jana)

Dieser Deutungswandel fand sich *nicht* bei Personen, die sich gegen eine künstliche Befruchtung entschieden haben bzw. die eine kritische Haltung ihr gegenüber einnehmen. Das illustrieren die folgenden Interviewausschnitte:

was macht das mit dem Kind, was macht das, wenn es später mal herausfindet, wie es entstanden ist, einfach alles so, so viele Fragen (Nadine)

wir reden immer davon, wie wichtig dass für den Mensch Geborgenheit, Sicherheit ist, (1) was passiert mit einem Menschen, die Zeugung findet in einem Reagenzglas statt, (1) in einem Kühlschrank, also, etwas Liebloseres gibt es in diesem Moment nicht, ich habe keine Ahnung, was wir in dieser Zeit schon aufnehmen, weisst du, also wie, wie die Seele mit sowas umgeht (Sonja)

was hat eine solche Stimulation einer künstlichen Befruchtung für einen Einfluss auf die DNA und auf den Embryo, (2) DA habe ich das Gefühl (1) kommt der Satz »und sie wissen nicht, was sie tun« (1) zum Tragen, die haben KEINE Ahnung, also bei all diesen Genderlein [Original: »Genderlis«, gemeint sind intergeschlechtliche Personen] die wirklich z.T. (1) nicht recht, phu, also die meisten werden ja klar identisch biologisch geboren mit einem weiblichen oder einem männlichen Geschlechtsteil, Punkt, (1) aber manchmal ist es, finde ich echt schwierig und DORT will ich wissen, (1) WIE sind die entstanden (Helena)

14 Lorenas mit einer ICSI gezeugten Zwillinge waren zum Zeitpunkt des Interviews zwölf Jahre alt – es habe sich bisher nie ergeben, es ihnen zu sagen. Allerdings scheint sie doch mit der Möglichkeit zu hadern, dass diese Entstehungsgeschichte für die Kinder eine Relevanz haben *könnte*: »ich dachte dann ›ja es spielt vielleicht auch wirklich keine Rolle [Original: kein Ruge!], aber ja vielleicht DOCH«. Relevant für Lorenas Unentslossenheit kann auch sein, dass sie eine Übertragung ihres Stigmas auf ihre Kinder befürchtete. Womöglich wollte sie sie davor beschützen, indem sie es ihnen verschwieg (vgl. 12.4, vgl. Goffman 1986: 30).

Auch Nadine, Sonja und Helena gehen davon aus, dass die Umstände der Zeugung eine Relevanz für die Identität des daraus resultierenden Kindes haben. Sie alle können diese nicht genau benennen und formulieren ihre Bedenken vage und als offene Fragen, sind aber davon überzeugt, dass das »Reagenzglas« eine minderwertige Umgebung für die Zeugung eines menschlichen Lebewesens darstellt. »Geborgenheit« und »Sicherheit« kann nur in einer nicht-fragmentierten und damit als »natürlich« angenommenen Umgebung – im Uterus der Mutter – vermittelt werden. Die »Lieblosigkeit« der »Kühlschrank«-Umgebung müssen die »Seelen« gemäss Sonja später womöglich verarbeiten; und Helena als Expertin des alternativ-religiösen Milieus sieht gar eine potenzielle Kausalitätsbeziehung zwischen dem »künstlichen« Zeugungsumstand und nicht-binären Geschlechtsidentitäten, welche sie hier pathologisiert.

Festhalten lässt sich, dass die Bewertung des Zeugungsumstands und eine Transzendierung bzw. Ent-Transzendierung von »Natürlichkeit« sowie der eigenen Reproduktionshistorie als Coping-Strategien zum Zug kommen. Die eigenen reproduktiven Entscheidungen können damit eher legitimiert werden. Für Eltern von mittels einer künstlichen Befruchtung gezeugten Kindern spielen die Umstände der Zeugung nach wie vor eine Rolle, und zwar nunmehr im positiven Sinne. Sie werden als Teil ihrer Identität als geliebte Wunschkinder verstanden. Personen, die sich gegen eine künstliche Befruchtung entschieden haben oder ihr allgemein kritisch gegenüberstehen, begründen diese Haltung über die Devianz der fragmentierten und *künstlichen* Form der Zeugung, die sich nur negativ auf das spätere Kind auswirken kann.

Zeugungs- und Geburtsumstände adoptierter Kinder

Dass die Umstände sowie das Moment der Zeugung eines Menschen als transzendent verstanden werden können, zeigt sich auch an einer ganz anderen Stelle, und zwar im Kontext der Adoption. Aus der Perspektive von Adoptiveltern gestaltet sich dabei nicht nur die Zeugung, sondern auch die Geburt unter fragmentierten Umständen. Ihre eigenen Körper sind in der Regel weder bei der Zeugung noch bei der Geburt ihrer Kinder beteiligt bzw. anwesend. Dieser Umstand wurde von Julia und Lukas, die zwei Kinder in Ecuador adoptierten, intensiv verhandelt. Um dieser Fragmentierung und der nicht-körperlich gegebenen Verbindung zu ihren Kindern etwas entgegenstellen zu können, bedienten sie sich verschiedener Fakten und Gegebenheiten, die sie zu potenziellen »Zeichen« umdeuteten: Zeitpunkt und Ort von Zeugung und Geburt ihrer ersten Adoptivtochter stellte damit eine Möglichkeit dar, eine Verbindung mit ihrer eigenen Biografie herzustellen und ihren Bezug zu ihrem späteren Kind nicht als blossen Zufall zu deuten. So sei ihre Tochter beispielsweise an einem stark abgelegenen Ort in Ecuador gefunden und dort daher wahrscheinlich auch geboren und gezeugt worden. Es stellte sich heraus, dass Julia mit Anfang 20 ebendiesen Ort bereist und drei Monate dort gelebt hatte. Zudem errechnete das Paar, dass ihre Tochter wohl exakt an diesem Tag gezeugt wurde, als sie selbst für ihren Auslandsaufenthalt in Ecuador ankamen. Schliesslich berechneten sie auch, dass beide ihrer jetzigen Kinder zu einem Zeitpunkt geboren wurden, als sie gerade jeweils eine Fehlgeburt erlebten: »irgendwie schon auch noch, (1) wie etwas stirbt und etwas kommt auf die Welt« (Lukas). Auch Julia kommentiert:

wenn wir dann in der Teenie-Phase, wenn es mal SO schwierig ist mit ihr und wir denken »nein, WIESO ist sie bei uns?« können wir uns an dem festhalten (Julia)

Ähnlich wie Jana das bei ihrem ICSI-gezeugten Sohn hervorhob, benennt auch Julia die »Umstände«, wie Kind und Elternteil »zusammengekommen« sind, auch noch als im Jugendalter bedeutsam und als mögliche Ressource, um mit Schwierigkeiten in diesem Alter umzugehen. Das Fallbeispiel von Julia und Lukas zeigt, wie Adoptiveltern mit den aus ihrer Sicht fragmentierten Umständen der Zeugung und der Geburt ihrer Kinder umgehen. Indem sie sich auf spezifische »Zeichen« bezogen, gelang es ihnen, Zusammengehörigkeit auf einer anderen statt einer körperlichen Ebene herzustellen. Sie sind den fragmentierten Umständen also nicht hilflos ausgesetzt, sondern haben sie kreativ durch spezifische Transzendierungsmomente umgedeutet. Es scheint, so die zugrundeliegende Implikation, eine empirisch nicht-wahrnehmbare Kraft vorhanden zu sein, welche die Ereignisse steuerte und sich in Form ebendieser Zeichen bemerkbar machte.

So lässt sich hier abschliessend festhalten, dass den Umständen der Zeugung (und womöglich auch der Geburt) des (zukünftigen) Wunschkindes gerade im Kontext eines erlebten unerfüllten Kinderwunsches eine spezifische Bedeutung zukommen kann. Dabei ist besonders interessant, wie es den (Wunsch-)Eltern gelingt, aus diesen Deutungen eine situative Ressource zu ziehen – sei es als sinnstiftende Erklärung ihrer Ablehnungshaltung einer künstlichen Befruchtung gegenüber, als Legitimation derselben oder auch als Begründung einer Verbundenheit mit genetisch nicht verwandten Kindern.

10.2 Reproduktive Verluste

So gut wie alle der Interviewten erlebten im Verlauf ihres Kinderwunsches reproduktive Verluste. Der Ausdruck des »reproductive loss« wird von Earle/Komaromy/Layne (2012) als inklusiver Term eingebracht, der eine Hierarchisierung von Leiden vermeidet. Er bezieht sich nicht nur auf Fehl- und Totgeburten, sondern auch auf Schwangerschaftsabbrüche, Kindstode, sehr frühe Abgänge (wie z.B. im Fall von sog. »biochemischen Schwangerschaften«), den Verlust von transferierten Embryonen und alle anderen Arten von Verlustgefühlen im Kontext von Reproduktion (vgl. 1f.). Die Art der Trauer, die mit einem solchen reproduktiven Verlust einhergeht, wird allgemein zumeist privat verhandelt; es gibt wenig öffentliche Sichtbarkeit und so erfährt sie auch wenig gesellschaftliche Anerkennung (vgl. Böcker 2016: 323f.). Das führt unter anderem dazu, dass gesellschaftlich wenig Wissen über die Häufigkeit von Fehlgeburten besteht. 55 Prozent der Befragten einer US-amerikanischen Studie gaben beispielsweise an, zu glauben, dass eine Fehlgeburt in unter sechs Prozent der Schwangerschaften geschieht. Noch weniger gehen Individuen davon aus, dass eine Fehlgeburt sie selbst betreffen könnte (vgl. Mayor 2015: 1). Das machten vor allem Jana und Nicole in den Interviews sehr deutlich. Jana dachte bis zum Zeitpunkt ihrer Fehlgeburt »es passiert mir nicht«, und Nicole ging auch noch lange Zeit nach ihrer zweiten Fehlgeburt davon aus, dass das etwas sehr Seltenes sei und sie die Einzige in ihrem Umfeld sein muss, der dies widerfahren ist. Das ist typisch: U. a. aufgrund des fehlenden Wissens erleben Frauen eine Fehlgeburt häufig als

einen individuellen Schicksalsschlag (vgl. Tretau 2022: 288) und verfallen nicht selten in eine Deutungskrise: Warum passiert das gerade *mir*?

Wie bereits im Ethik-Kapitel ausgeführt, sind Personen mit einem langjährigen Kinderwunsch in besonderer Art und Weise von reproduktiven Verlusten betroffen. Schon die Häufigkeit, mit der sie davon konfrontiert sind, führt dazu, dass sie womöglich eher über spezifische Coping-Strategien verfügen als andere Personen. Typisch ist etwa das bewusste Vermeiden eines sogenannten pränatalen Bondings (vgl. Böcker 2022: 309) mit einem eingesetzten Embryo – die wiederkehrende Enttäuschungs-Erfahrung sie gelehrt, dass ein reproduktiver Verlust emotional leichter zu verarbeiten ist, wenn noch keine Beziehung zum Ungeborenen bestanden hat.¹⁵ Das erwähnte Lea genauso wie Jana, Anja, Julia und Lukas im Interview:

das ist wie, wenn dich immer wieder eine Person enttäuscht, irgendwann lässt du sie gar nicht mehr so nahe an dich heran, dass sie dich gar nicht, dass sie dich gar nicht wieder enttäuschen kann (Lea t1)

Dass der Verlust eines als Wunschkind gedachten Embryos oder Fötus' mit negativen Gefühlen einhergeht (wie im Zitat beispielsweise Enttäuschung), scheint offensichtlich. Interessanter und aufschlussreicher jedoch sind andere Beobachtungen, die im Folgenden aufgezeigt werden sollen. So hat sich erstens gezeigt, dass eine Fehlgeburt ein deutungsoffenes Ereignis darstellt, weil es einerseits individuell verhandelt wird, andererseits jedoch soziale Normen des »richtigen« Umgangs damit bestehen. Die Ambivalenz, die von diesem Ereignis ausgeht, löst bei Betroffenen manchmal im Nachhinein Schuldgefühle aus, weil sie sich vorwerfen, in der Situation womöglich nicht »richtig« gehandelt zu haben (10.2.1). Zweitens lässt sich festhalten, dass es für einige Wunscherltern eine Ressource darstellen kann, die Fehlgeburten als *ihre Kinder* zu denken und eine Beziehung zu ihnen auch längere Zeit nach dem Ereignis aufrechtzuerhalten. Ein ausgeprägter Gottesglaube kann hier als Ressource zum Ausdruck kommen (vgl. 10.2.2.). Drittens – und das mag überraschen – ist beobachtbar, dass Fehlgeburten (oder andere Formen des reproduktiven Verlusts) gar nicht immer ausschliesslich negativ gedeutet werden. Die Situation zeigt sich als sehr viel komplexer und ambivalenter, als auf den ersten Blick anzunehmen wäre (vgl. 10.2.3).

10.2.1 Normen des Umgangs

Worum wird bei einer Fehlgeburt oder anderen Formen der reproduktiven Verluste getrauert? (Wie) wird darum getrauert? Wie lange? Die Fragen, mit denen sich von reproduktiven Verlusten Betroffene auseinandersetzen müssen, verweisen auch auf

15 Ähnliches beschrieb die Anthropologin Nancy Scheper-Hughes in »Death Without Weeping« (1992) auf Grundlage ihrer Feldforschung im ländlichen Nordosten Brasiliens. Aufgrund der extrem hohen Kindersterblichkeitsrate sei der frühe Tod von Babys und Kleinkindern dort sozial normalisiert worden, was zu einer gewissen emotionalen Indifferenz geführt habe. In diesem Sinne wird das Bonding von den Eltern nicht nur prä-, sondern auch postnatal hinausgezögert – bis die Kinder ein Alter erreicht haben, in dem die Überlebenschancen steigen.

eine Paradoxie, die ihnen innewohnt. Aufgrund der gesellschaftlichen Norm, dass Fehlgeburten grundsätzlich tabuisiert sind und daher als eine *private* und nicht öffentlich sichtbare Form des Verlusts verhandelt werden, sind Betroffene dazu angehalten, einen *individuellen* Umgang damit zu finden. Gleichzeitig jedoch existieren soziale Normen dazu, wie und in welchem Umfang um eine Fehlgeburt getrauert werden *sollte*. Böcker (2022) fasst diese komplexe Situation folgendermassen zusammen: »Der Umgang mit Fehl- und Stillgeburtserfahrungen ist einerseits selbstverantwortet und unverbindlich, andererseits hochgradig normiert« (Böcker 2022: 20). Diese Ambivalenz widerspiegelt sich im empirischen Material, das ausserhalb des evangelikalen Kontexts erhoben wurde:

sie [die Ärzt:innen] sagten, sie würden das [stillgeborene] Kind gerne noch, äh, genauer untersuchen und für wissenschaftliche Zwecke benutzen und dann, ähm, eben eine Feuerbestattung machen, (1) und das hat meine Frau bevorzugt, ich habe danach noch manchmal in meinem Leben immer wieder gedacht »sind wir da (1) diesem Kind gerecht worden oder nicht?«, also diese Frage habe ich mir immer wieder gestellt, (1) weil wir eben keinen solchen Abschied genommen haben, ich habe nie darunter gelitten, das kann ich nicht sagen, (1) aber, ähm, hab mir EHER ein wenig ins Gewissen, nicht Schuldgefühle, aber ins Gewissen geredet (Reto)

ich sage, ich habe, erlebe es als zwiespältig, also auf der einen Seite, ähm, ist er [der stillgeborene Sohn] mir immer präsent geblieben im Kopf, auf der anderen Seite haben wir es aber ritualmässig nicht durchgezogen (Reto)

J: wir wissen nicht mehr so genau, wann es [die Fehlgeburten] jeweils genau war, eben und [...], einmal haben wir mal teilgenommen da, gell, an so einem, was war das, so einer Feier, (1) da oben beim Friedhof hat es eine Abdankungshalle, haben sie extra für so Sternenkinder

L: das war eine interreligiöse Feier

J: für Sternenkinder oder weiss nicht mehr

L: »nur ein Hauch von Leben« hiess es

J: ja, genau, irgendwie so, (1) haben wir mal teilgenommen und, (1) aber es ist jetzt auch nicht so, obwohl wir ja beide so theologisch und kirchlich sehr, es war jetzt nicht so WAHNSinnig prägend diese Feier (Julia und Lukas)

es war voll blöde beim letzten Mal, als das, (1) das ist wahrscheinlich ein Stückchen Plazenta gewesen, es hat wirklich ausgesehen wie eine Plazenta, (2) das ist so herausgeploppt ins WC und ich war so perplex, dass ich den WC-Knopf gedrückt habe, und in diesem Moment, als ich das gemacht habe, habe ich gedacht »scheisse, eigentlich hätte ich das«, also, ich hab's noch herausgenommen und angeschaut, (2) und hab's dann einfach wieder ins WC geworfen [Original: inegheit] und den Knopf gedrückt und während ich den Knopf gedrückt habe, habe ich gedacht »eigentlich hätte ich das vergraben sollen« (Lea t1)

vor Kurzem [Original: letzti] bin ich dort wieder aufs WC und, und dachte »da ist mein Kind runtergespült worden« (Jana)

Reto und seine Frau haben sich, wie er selbst sagt, ihrem im achten Monat der Schwangerschaft stillgeborenen Kind gegenüber »distanziert« verhalten und seien nur wenige Monate nach dem Ereignis erneut in Erwartung gewesen. Die Stillgeburt liegt zum Zeitpunkt des Interviews knapp vierzig Jahre zurück; und im Nachhinein evaluiert Reto das Verhalten und den individuellen Umgang von sich und seiner Frau als für den damaligen Zeitpunkt zwar passend, aus heutiger Perspektive jedoch beschreibt er Gewissensbisse. Diese sind über eine Inkongruenz seines Umgangs mit seinem stillgeborenen Sohn und der heutigen gesellschaftlichen Wahrnehmung von totgeborenen Kindern zu erklären: Je weiter fortgeschritten eine Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Fehl- oder Stillgeburt ist, desto eher wird es auch sozial als Kind anerkannt, und hinzukommt, dass v.a. stillgeborene Kinder gesellschaftlich heute mehr soziale Sichtbarkeit als in den 1980er-Jahren erfahren (vgl. Böcker 2016). Entsprechend haben Reto und seine Frau damals nicht so gehandelt, wie es heute wohl normierter Usus wäre. Man hätte womöglich eher ein Ritual durchgeführt und damit dem Stillgeborenen den Status sowohl als *Mensch* als auch als *Verstorbener* zugeschrieben, um ihm, wie Reto es heute nennt, »gerecht zu werden«.

Auch Julia und Lukas sind nicht unbeeinflusst von den sie umgebenden sozialen Normen. Die beiden erlebten mehrere Fehlgeburten, irgendwann hätten sie zu zählen aufgehört. Im Interview räumten sie diesen Erlebnissen vergleichsweise wenig Raum ein. Erst auf meine Frage hin, wie sie damit umgegangen seien, verwiesen sie auf die interreligiöse Feier, die sie in diesem Rahmen besucht hatten. In ihren knappen Ausführungen zu dieser Feier wird deutlich, dass sie dieser keine gewichtige Rolle im Verarbeitungsprozess zuschrieben. Als »theologisch und kirchlich« orientierte Personen erachteten die beiden wohl aber eine entsprechend theologische Aufarbeitung als sozial legitime Form der Bewältigung. Dies – und nicht unbedingt ihre Trauer – scheint der eigentliche Grund für den Besuch der interreligiösen Feier gewesen zu sein.

Die Fälle von Lea und Jana veranschaulichen die Komplexität, die mit der Materialität von Fehlgeburten einhergeht: Zum einen werden sie als eine wertvolle Entität verstanden, die es entsprechend zu wertschätzen gilt. Gleichzeitig handelt es sich – auf die Materialität der Sache beschränkt – lediglich um ein nicht klar identifizierbares Teil von etwas, möglicherweise auch »nur« um ein Stück Plazenta. In der Situation auf der Toilette konfligieren also sowohl Transzendierungs- als auch *Ent*-Transzendierungsmomente: Eine Fehlgeburt ist *sowohl* etwas Wertvolles – das eigene Kind in einem sehr frühen Stadium – *als auch* ein Abfallprodukt. Diese Komplexität, die Verkörperung von zwei diametral gegensätzlichen Deutungen in einem Objekt, hat in Lea zwei intuitive und wiederum widersprüchliche Handlungsanweisungen hervorgerufen. In ihrer Überforderung befreut sie noch während der Handlung der Spülungs-Betätigung ihre Entscheidung, die Körpersubstanz nicht – wie es der verinnerlichten Norm entsprochen hätte – aufgehoben und vergraben zu haben (»eigentlich *hätte* ich das vergraben sollen«). Auch Jana hat ihre Fehlgeburt zu Hause mit der Toilettenspülung weggespült. Das hat sie zwar nie befreut, und dennoch hinterlässt es in ihr ein gewissermassen groteskes Gefühl, dass gerade »hier« – am denkbar profansten Ort – »ihr Kind runtergespült« worden ist.

10.2.2 Beziehungspflege: Transzendierung der Existenz eines Kindes

Fast alle hier dargestellten reproduktiven Verluste ereigneten sich im Kontext eines unerfüllten Kinderwunsches. Die einzige Ausnahme ist Reto als Kontrastbeispiel, der nie von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen war oder ist. Eine Gegenüberstellung seines Falls mit den anderen lässt die Vermutung zu, dass Menschen mit einem unerfüllten Kinderwunsch ihrem Erlebten womöglich mit einer noch intensiveren Reflexion begegnen, als dies unter anderen Umständen der Fall ist. Retos Frau gebär ihren gemeinsamen Sohn in den 1980er-Jahren im achten Monat als stille Geburt. In der Zwischenzeit ist Reto dreifacher Vater geworden. Im Interview mit ihm, in dem es hauptsächlich um sein Erleben dieser stillen Geburt ging, stellte er klar: Diese war zwar sehr traurig, doch belastete es ihn nicht nachhaltig. Er konnte sich schon nur ein gutes Jahr später über seinen ersten lebend geborenen Sohn freuen, und auch bis heute konzentriert er sich auf seine drei lebenden Kinder; die erste Geburt könne er als einen »Unfall« verstehen, den er emotional verarbeitet habe.¹⁶ Dies stellt eine Ressource dar, auf die Personen mit lebenslangem unerfülltem Kinderwunsch nicht zurückgreifen können. Hinzu kommt, dass viele von ihnen viel Zeit, Geld und Emotionen ins Erreichen einer Schwangerschaft investieren mussten und einen Schwangerschaftsverlust entsprechend als potenziell noch verheerender deuten.

Einige der Interviewten berichteten davon, Erinnerungsstücke an das verlorene Kind gesammelt zu haben, um ihm den Status eines Familienmitgliedes zuzurechnen: Jana gestaltete eine »Erinnerungsbox« mit den Ultraschallbildern, Lea bemalte für ihre zwei Fehlgeburten zwei Steine und setzte sie in den Garten, Sonja und Markus gaben ihren drei »Kindern« einen Namen und Sabine widmete ihrem »Himmelskind« eine eigene Seite im Familien-Fotoalbum, in welches sie die geplante Geburtsanzeige hineinklebte. Niemand im Sampling jedoch pflegte eine solch intensive und langandauernde Beziehung zu ihrer ersten Fehlgeburt – ihrem »ersten Kind«, wie sie es nennt – und sammelte so viele Existenzbeweise dafür, wie dies Bianca tat. Diese Fehlgeburt war der Ausgang ihrer ersten Schwangerschaft; geschah also längere Zeit, bevor sie ihren Sohn Avan lebend zur Welt brachte:

also was ich gemacht habe, ist nach einem Jahr, als das Kind halt seinen Geburtstag gehabt hätte, habe ich mal etwas geschrieben, so was ich auch im Internet so gesehen habe, halt so wie die Vorstellung, dass er halt jetzt im Himmel und so Geburtstag feiert oder einfach so, und so habe ich ein paar, einfach so ein paar Karten aufgeschrieben, und ich hatte auch einen, ähm, (1) einfach einen Ort, wo ich auch so die, einfach so die Kleider hingelegt habe, die wir schon hatten [...], und die Sachen hab ich dann, haben wir wie dahingelegt, und etwas, was ich gemacht habe, ist einfach beim ersten Kind, also wir haben allen einen Namen gegeben, und ich habe einfach so ein Kissen besticken lassen mit dem Namen, aber wir haben jetzt keinen sonst, aber was wir, äh, das wissen jetzt nicht so viele, aber ich habe da beim ersten hab ich halt, [...] wir haben jetzt wie noch, ähm, (1) ein bisschen von dem Kind, und, und wir wollen jetzt das

16 Böcker (2022) konnte Ähnliches beobachten. Eine ihrer Interviewpartnerinnen konnte die Erfahrung einer Stillgeburt gemäss eigenen Ausführungen insbesondere deswegen emotional so gut verarbeiten, weil sie jetzt Mutter eines gesunden Kindes geworden ist (vgl. 227).

mit der, mit der Plazenta von ihm [Avan] wollen wir das jetzt, jetzt wie unter einem Baum hier bei meinen Eltern, ähm, wie so begraben, sodass, so wie als Zeichen, ähm, ja, Gott sorgt für die, also die Plazenta hat wie für ihn gesorgt, halt im Bauch, aber Gott versorgt aber ja auch die anderen Kinder, die wir halt nicht versorgen können, wie so, das wollen wir noch machen <lacht> (Bianca)

Bianca begleitet den Geburtstag ihres fehlgeborenen Kindes mit einem Ritual, gibt ihm einen Namen, schreibt ihm Briefe ins Jenseits, widmet ihm so etwas wie einen Altar mit den vorgesehenen Kleidern, bestickt ein Kissen mit dem Namen, bewahrt die materiellen Überreste in einer Kühltruhe auf und möchte ihm ein aufwändiges Bestattungsritual widmen. Bianca stellt damit ein eindrückliches Beispiel für eine Transzendierung der Existenz dieses *ihrer* Kindes dar, die bei den anderen sehr viel vager angedeutet wird. Mit ihrer Beziehungspflege ist sie ferner ein geradezu idealtypisches Beispiel dafür, was Klass (1996) als »continuing bonds« bezeichnete: Eine verstorbene Person wird durch ein Abschiedsritual oder eine andere Art der Verarbeitung gerade *nicht* endgültig verabschiedet und als Existenz verstanden, die der Vergangenheit angehört. Vielmehr wird diese als nach wie vor relevant für die psychische und soziale Welt der Trauernden verstanden und in diese integriert.¹⁷ Diese Deutung der Tatsachen entsprach nicht allen Interviewten. Lukas beispielsweise ärgerte sich über Kommentare aus dem evangelikalen Milieu, seine fehlgeborenen Kinder würden im Himmel auf ihn warten und es würde sich daher lohnen, eine Beziehung zu ihnen aufrechtzuerhalten:

es haben immer wieder auch fromme Leute, auch als wir noch keine Kinder hatten, weisst du so als Trostspruch sagen wollen »hör mal, dein Kind ist jetzt schon im Himmel«, und ich habe wie gemerkt, das tut mir NUR weh, das ist NULL Trost, weil ich will mein Kind nicht im Himmel, ich will mein Kind HIER (Lukas)

Für Lukas (sowie auch für Julia) ergab sich aus der Transzendierung der Weiterexistenz der Fehlgeburten »im Himmel« keine Ressource. Das hängt sicherlich auch damit zusammen, dass er sich als Intellektueller und landeskirchlich Orientierter vom evangelikalen Milieu stellenweise stark abgrenzt. Alle Evangelikalen sprachen im Kontext ihrer Fehlgeburten ganz klar von »Kindern«, während dies bei vielen der anderen Interviewpartner:innen – so etwa auch bei Lukas – nicht unbedingt der Fall war. Für Lukas handelt es sich noch nicht um Kinder, die bei den Fehlgeburten verloren gingen. Hinzu kommt, dass er und Julia womöglich gar keinen Bedarf nach einer Aufarbeitung des Erlebten mehr hatten, weil sie Eltern von zwei Adoptivkindern geworden sind – ähnlich wie dies bei Reto der Fall ist. Hauptthema des Interviews mit ihnen war die Verhandlung ihrer Verbindung zu diesen Kindern als bedeutungsvoll und nicht als blosses Produkt des Zufalls (s.o.).

Damit lässt sich resümieren: Indem ein reproduktiver Verlust durch »continuing bonds« oder durch das Sammeln von Erinnerungsgegenständen als soziale Person anerkannt wird, kommt es zu einer Transzendierung der Existenz dieses Kindes. Das

17 Während Klass (1996) seine Analysen allgemein auf verstorbene Kinder bezog, ist bei Julia Böcker (2022) deren Anwendbarkeit spezifisch auf Fehl- und Stillgeburten nachzulesen.

Transzendierungsmoment ist in diesem Fall nicht binär als »gegeben« oder »nicht-gegeben« zu denken. Die Beziehungspflege kann intensiver oder weniger intensiv ausfallen und auch die Wahrnehmung der Fehlgeburt als *Kind* ist nur für die Evangelikalen eindeutig. Die anderen Wunscheltern sahen sich viel stärker mit der Deutungsambivalenz von Fehlgeburten konfrontiert und sprachen mal von einem »Kind«, mal von »einem Stück Plazenta« oder einer »Fehlgeburt«. Damit wird klar, dass sie zumeist in der Lage sind, situative Bedeutungszuschreibungen vorzunehmen und diese ihrem (momentanen) Deutungshorizont entsprechend zu verorten.

10.2.3 Ambivalente und positive Deutung reproduktiver Verluste

Reproduktive Verluste als Beweis für die Fähigkeit, schwanger werden zu können

Das empirische Material deutet darauf hin, dass Personen mit einem langjährigen unerfüllten Kinderwunsch reproduktive Verluste zwar mit Trauer, Enttäuschung und Verzweiflung verbinden, dass daneben jedoch noch eine zweite, gegensätzliche Deutung bestehen kann – eine positive. Einen reproduktiven Verlust zu erleben, bedeutet hier, dass die betreffende Person zumindest einmal *schwanger* war, einen »Hauch von Schwangerschaft« (Böcker 2022: 174) erlebt hat. Diese Erkenntnis war für viele der Interviewten leichter zu ertragen als die Vorstellung, dass sie »nicht mal« fähig sind, ein Kind zu empfangen. So spricht Fiona in diesem Zusammenhang von »Hoffnung«:

es hat dann immer wieder mal so ein wenig Teilerfolge gegeben, die uns irgendwie noch hoffen lassen, [...] der [Routine-Gynäkologe] hat extra so einen Abstrich gemacht bei dem dann eben auch irgendwie, weiss auch nicht genau wieso oder ob man das immer macht, halt eben um zu schauen, ob sich etwas eingenistet hat oder nicht, (2) und ähm, ja, der meinte dann »ja [Sie waren schwanger]« und die anderen [die Reproduktionsmediziner:innen], die sollten dann die Resultate auch erhalten haben, aber ich weiss nicht, ob sie sie nicht angeschaut haben oder ob sie fanden »ah, (1) kommt eh nicht drauf an« (Fiona)

Fiona hatte nach ihrer ersten IVF einen positiven Schwangerschaftstest und benannte diesen rückblickend mit dem positiven Ausdruck »Teilerfolg«, obwohl der Test nach wiederholtem Messen negativ ausfiel. Für die nachhaltige Etablierung des Hoffungsgefühls bedurfte es für Fiona auch der Bestätigung von biomedizinischer Seite, dass sie tatsächlich schwanger gewesen ist – sich also ein Embryo einnisten konnte, ehe er wieder abging. Während der Gynäkologe, den sie auch zu Routine-Untersuchungen besuchte, ihr dies bestätigte, wurde der Tatsache von den Reproduktionsmediziner:innen wenig Beachtung geschenkt (»ah, (1) kommt eh nicht drauf an«).

Auch bei Bianca ist das Narrativ der »Hoffnung« durch reproduktive Verluste präsent. Die Deutungsambivalenz wird im folgenden Interviewausschnitt evident:

es gibt einem halt doch irgendwie Hoffnung, wenn man wenigstens mal schwanger werden, (1) werden konnte, oder es macht halt wie beides oder, es hat, (1) es hat wie, auch wenn es halt, ähm, (2) sehr hart ist, dass man überhaupt das, dass man halt ein Kind verloren hat, weil es ist doch irgendwie, sein [Anm.: das eigene] Kind, [...] aber trotzdem macht es einem halt auch Hoffnung (Bianca)

Ein weiteres interessantes Fallbeispiel ist Rahel, die zum Zeitpunkt des zweiten Interviews nach mehreren gescheiterten Zyklen im ersten Trimester schwanger war:

ich bin schon froh, hats auch geklappt, dass ich auch einfach weiss, (1) dass sich etwas einnisten kann, weil vor dem hatte ich wirklich auch ein wenig Angst, dass ich einfach GAR nicht schwanger werden kann, und dann wäre es wirklich schlimm gewesen (Rahel t2)

Im ersten Interview mit Rahel betonte diese mehrfach, dass sie noch »gar keine Erfahrungen« habe mit Fehlgeburten, weil sich bisher noch nie etwas einnisten konnte bzw. sie noch gar keinen Embryo hatte einsetzen lassen können. Rahel framte diesen Umstand als Defizit, einerseits deshalb, weil sie sich als noch wenig fortgeschritten im Prozess und damit als unerfahren verstand, und andererseits, weil ihr ein handfester Beweis fehlte, dass sie überhaupt schwanger werden kann. Im oben abgebildeten Ausschnitt aus dem zweiten Interview mit ihr wird deutlich, dass die generelle Unfähigkeit, schwanger werden zu können, als nochmals sehr viel gravierender wahrgenommen wird als es die Situation eh schon ist (»dann wäre es wirklich schlimm gewesen«).

So zeigt sich, dass reproduktive Verluste zwar mit negativen Gefühlen verbunden werden, dies jedoch nicht ausschliesst, dass auch positive hinzukommen können. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch die Studien von Gerrits (2016), Hiimäe (2017: vgl. 42), Hiadzi/Boafo/Tetteh (2021: vgl. 9f.) sowie Sandelowski (1993: 62–65). Einige von Gerrits Interviewpartner:innen beschrieben neben dem Gefühl der Hoffnung auch dasjenige von Stolz. Insbesondere die Frauen betonten, stolz darauf zu sein, dass sie Mutter waren bzw. es nach wie vor sind (vgl. 270). Auch wenn das nüchtern betrachtete Ergebnis dasselbe ist (man bleibt kinderlos), so kann eine Schwangerschaft – auch eine sehr kurz andauernde – einen erheblichen Einfluss auf das Identitätsgefühl der Frau ausüben. Sie wird dadurch im Selbstverständnis zur Mutter. In Mialls Studie (1985) beschrieb eine Wunschmutter Gefühle des Mitleids gegenüber anderen Betroffenen, die »nicht mal« das Gefühl der Schwangerschaft kennen würden (vgl. 397). Auch Studien, die das Erleben von reproduktiven Verlusten mit quantitativen Methoden erforschen, konnten die Wichtigkeit des Identitätsgefühls bestätigen, auch durch eine nur kurz andauernde Schwangerschaft »Mutter« (gewesen) zu sein (vgl. Beringer/Milewski 2024; Erato et al. 2022).

Möglicherweise kommt hier noch ein weiterer Aspekt hinzu. Sowohl Böcker (2022: vgl. 184) als auch Hiimäe (2017: vgl. 42) erläutern in ihren Ausführungen, wie wenig das monatlich wiederkehrende Gefühl der Enttäuschung bei einem unerfüllten Kinderwunsch sozial als *Verlust* anerkannt wird. Auch Fehlgeburten werden häufig nicht als legitimer Trauerfall gewertet (vgl. Böcker 2022), doch liegt hier zumindest potenziell etwas Materielles vor, um das getrauert werden kann. Solange jemand aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches (noch) nicht auf ein kognitiv fassbares Referenzobjekt verweisen kann, ist eine Betrauerbarkeit für Dritte viel schwerer nachvollziehbar: Es hat ja gar nichts existiert, um das getrauert werden kann. Aus dieser Perspektive wäre es naheliegend, dass die Verlustgefühle von Betroffenen ab dem Moment einer Fehlgeburt durch Dritte eher validiert werden (vgl. ausführlicher dazu 12.2.1).

Situative religiöse Framings: Die Seele, die zu uns will, aber nicht kann

Spezifisch religionswissenschaftlich interessant sind in diesem Zusammenhang die Fälle von Vera (t2) und Lea (t1). Beide verstehen sich explizit als »nicht-religiös« und »nicht-spirituell«, sprachen aber im Kontext ihres Wunschkindes unter anderem auch von einer »Seele«.

Der Fall von Vera gestaltet sich so, dass sie und ihr Mann auch nach sehr umfangreichen Abklärungen keine abschliessende Diagnose erhielten, warum ihr Kinderwunsch nicht in Erfüllung geht. Vera begann daraufhin, Studien zu lesen und sich online mit anderen Betroffenen auszutauschen, um die medizinische Ursache selbst zu eruieren. Zum Zeitpunkt des zweiten Interviews mit ihr war sie davon überzeugt, dass alle ihre Symptome auf eine Thrombophilie (eine übermässige Blutgerinnung) hinwiesen. Das würde konkret bedeuten, dass ihr Körper durchaus in der Lage ist, regelmässige Eisprünge zu produzieren und eine Befruchtung dieser Eizellen in ihrem Körper auch stattfinden kann. Erst bei der Einnistung würde sich dann das Problem ergeben, dass die Gebärmutter die befruchtete Eizelle aufgrund von Blutgerinnsel und Thrombosen nicht »halten« kann. Dieser Umstand würde es für Vera erklären, warum sie des Öfteren positive Schwangerschaftstests hatte, die nach kurzer Zeit wieder negativ ausfielen:

ich hatte öfters Linien an Eisprung plus 7–11, weisst du, nicht DEUTLICH positive Tests aber halt SCHATTEN, (1) also eventuell ganz ganz eine frühe Schwangerschaft, ganz ganz wenig HCG (Vera t2)

Ich fragte Vera danach, wie es für sie sei, zu wissen, dass sie schon so häufig Schwangerschaften wieder verloren hätte. Sie führt aus:

also eigentlich müsste man denken, es ist schrecklich, (1) aber ähm, mir ist es mehr so, (1) ich bin eigentlich froh zu wissen, dass es klappen KÖNNTE, weil ich habe immer das Gefühl gehabt, es klappt NIE und ich habe wirklich sogar teilweise das Gefühl gehabt, das Kind will nicht zu uns kommen und ich bin überhaupt nicht religiös oder spirituell oder so, aber ich habe wirklich das Gefühl gehabt, diese Seele will vielleicht nicht zu uns kommen, man sucht halt wirklich überall eine Ursache und von dem her zu wissen, dass es wahrscheinlich schon geklappt hat, aber dass mein Körper es halt einfach irgendwie nicht so macht, wie es gedacht wäre oder wie es, wie man sich es erwünscht, ist für mich einfach die bessere Option, als dass niemand zu uns kommen will quasi, von dem her finde ich, bin ich eigentlich erleichtert gewesen [darüber, dass sie sich selbst diese Diagnose hat geben können] (Vera t2)

Besonders interessant an Veras Ausführung ist folgendes: Religiöse Deutungen spielen ab dem Zeitpunkt eine Rolle, zu dem die Situation als so krisenhaft bewertet wird, dass alle anderen Erklärungsansätze nicht mehr hinreichend plausibel erscheinen. Das von ihr angewandte religiöse Framing kam erst dann zum Zug, als sie befürchtete, gar nicht erst schwanger werden zu können. Eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Gebärmutter scheint für sie eine viel geringere Krise darzustellen und daher noch eher über ein medizinisches Referenzsystem erklärbar zu sein als die Unfähigkeit ihres Körpers, befruchtungsfähige Eizellen und dementsprechend Embryonen zu produzieren. Letz-

teres hätte nämlich bedeutet, dass »diese Seele [...] nicht zu uns kommen« will.¹⁸ Bemerkenswert ist auch Veras Formulierung, dass die medizinische Erklärung qua Dysfunktionalität ihres Uterus für sie die »bessere Option« darstellt. Hier zeigt sich, dass es Vera gelingt, die Deutungshoheit über ihre Situation zu erhalten. Indem sie eigene medizinische Nachforschungen angestellt und zu einer entsprechenden Selbstdiagnose gelangte, entscheidet sie über das Deutungsreferenzsystem: die Biomedizin.

Eine ähnliche Situation mit einem anderen Umgang lässt sich in Leas (t1) Ausführungen identifizieren. Nach mehreren gescheiterten IVF-Zyklen und einer Fehlgeburt befürchtete auch Lea, dass die »Seele« ihres Kindes womöglich nicht bei ihr bleiben wolle. Anders als Vera wusste Lea also, dass sie theoretisch schwanger werden kann, dass ihr Körper aber ganz offensichtlich Mühe hat, den Embryo in der Gebärmutter zu halten. Ebenso im Unterschied zu Vera schloss es Lea nicht aus, dass auch die eingeschränkte Funktionsfähigkeit ihres Uterus durch ein religiöses Referenzsystem erklär- und behebbar ist. Weil sie durch ihr Umfeld mehrfach darauf hingewiesen wurde, sie solle es doch einmal mit einer Familienaufstellung versuchen, probierte sie es schliesslich mit einer solchen:

ich habe dann noch eine Familienaufstellung gemacht [...], viele haben mir mal gesagt »du musst das im Ursprung lösen«, (2) das habe ich gemacht [...], es ist so eine [Frau], die das macht und dann nimmt sie ein Blatt Papier, schreibt dort den Namen drauf von meiner, jetzt, meiner Oma, die Mutter von meiner Mama, und dann steht sie dort auf das Blatt und fühlt sich so in diese Person rein (2) und dann redet die, dann kannst du über sie mit dieser Person sprechen, (1) [...] meine Oma hatte anscheinend eine Fehlgeburt und die, meine Tante in diesem Sinne hat so ein wenig an mir geklebt und hat den Schutz bei mir gesucht, das ist diese Seele, da ist dann die Idee, dass die dann gehen und dass dann das Problem bei mir aufgehoben ist (Lea t1)

In der Familienaufstellungs-Sitzung erfuhr Lea, dass ihre Situation womöglich über die Seele ihrer fehlgeborenen Tante zu erklären ist, die keine Ruhe finde und sich immer wieder durch erneute Fehlgeburten bei ihr bemerkbar mache. Im Rahmen dieser Familienaufstellung sollte Frieden gefunden werden mit dieser Seele, sodass sie sich von Lea löste. Dadurch könnte sich endlich ein Embryo mit einer neuen Seele bei ihr einnisten. Da Lea im Folgenden eine weitere Fehlgeburt hatte, kam aber auch sie zum Schluss, dass eine religiöse Erklärung ihrer Situation nicht passend war, und sie entschloss sich, sich im Folgenden wieder auf ein biomedizinisches Referenzsystem zu beziehen (vgl. 9.5).

Das Transzendierungsmoment in den beiden vorgestellten Fällen findet sich darin, dass das Wunschkind semantisch zumindest situativ mit einer »Seele« gleichgesetzt

18 Dieses Framing findet sich auch im alternativmedizinischen Kontext. Wie unter 11.1.2. aufgeführt wird, wird dabei vor allem partnerschaftlicher Stress als Grund dafür angenommen, dass sich eine »Seele« gar nicht erst in der Gebärmutter aufhalten möchte und lieber direkt wieder verschwindet. So führt etwa die alternative Expertin Bea aus: »all diese gestaute Energie, und dann, dann denken sich vielleicht die Seelen [gemeint ist das Wunschkind] ›phu, in dieses gestresste Umfeld, nee keinen Bock« (vgl. <https://www.youtube.com/watch?v=HeWQSFMosol>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

wird. Ähnlich wie dies bei den weiter oben beschriebenen »Kämpferchen« oder »Eisbärchen« der Fall ist, impliziert diese Gleichsetzung das Vorhandensein eines Bewusstseins. Die Seele des Wunschkindes hat eigene Bedürfnisse, die es durch spezifische Symptome zu kommunizieren versucht. Trotzdem lässt sich hier die These ableiten, dass nicht-religiöse Wunscheltern religiöse Erklärungen ihres unerfüllten Kinderwunschs nur bedingt als Ressource erleben, um reproduktive Verluste zu verarbeiten. Sie haben in den beiden Fällen von Lea und Vera eher die Furcht vor einem viel grundlegenden Problem geschürt: dass sie vielleicht gar nicht dafür bestimmt sind, die Seele eines Kindes zu empfangen. Beide haben sich von religiösen Deutungen wieder abgewandt, nachdem ihnen klar wurde, dass diese für sie nicht hilfreich bzw. dass medizinische Erklärungen für ihre Situation plausibler sind.

Im folgenden Unterkapitel werden zwei Fälle von evangelikalen Wunscheltern vorgestellt und genauer analysiert, in denen sich religiöse Deutungen viel eher als Ressource gestalten als es bei Lea und Vera der Fall war. Das lässt sich dadurch erklären, dass sie sich im Unterschied zu ihnen auf ein institutionalisiertes und kohärentes Glaubenssystem bezogen, welches nicht nur situativ ab einem gewissen Zeitpunkt, sondern umfassend relevant war.

Verortung der Verlusterfahrung im institutionellen Glaubenssystem

Wie bereits im vorherigen Unterkapitel zur Beziehungspflege zu fehlgeborenen Kindern aufgezeigt, tendierten die evangelikalen Interviewpartner:innen noch stärker dazu, eine Fehlgeburt konstant als *Kind* mit einer individuellen Identität zu denken. Das liegt u.a. auch daran, dass das christliche Glaubenssystem eine klare Deutung und damit einen Referenzrahmen anbietet, wie sie das Erlebte einordnen können. Es wäre allerdings auch denkbar gewesen, dass Wunscheltern ihren Glauben als Belastung wahrnehmen. Das wäre beispielsweise dann der Fall gewesen, wenn aus der Frage »Warum tut Gott mir das an?« eine Deutungskrise entstanden wäre. Dies konnte aber in keinem der Interviews beobachtet werden. Vor allem aber für Sabine und Sonja/Markus kann das Erlebte sogar als Grund für eine Stärkung des Glaubens verstanden werden. Das christliche Symbolsystem lieferte ihnen eine für sie so plausible Erklärung für die Situation, dass sie sich in ihrer religiösen Deutung bestärkt statt geschwächt fühlten. Sabine etwa erlebte zwischen ihren beiden gesunden Geburten eine Fehlgeburt. Um sich das erklären zu können, konsultierte sie die Bibel. In den folgenden Interviewausschnitten bezieht sie sich zunächst auf das Johannesevangelium (Kapitel 10, Vers 10) und dann auf das zweite Buch Mose (23, Vers 26):

»der Dieb kommt, um zu stehlen, zu schlachten und zu vernichten«, Jesus sagt dann aber »ich aber bringe Leben und dies im Überfluss«, also dort sagt Jesus ganz klar »ja, es gibt einen Feind, der kommt als Dieb, der stiehlt, der schlachtet, der stiehlt sogar Babys, bevor sie überhaupt in den Mutterleib kommen, er stiehlt Babys IM Mutterleib [...], der will, dass wir an Gott zu zweifeln beginnen« und da habe ich mir wirklich ALLE Energie und alle meine Kraft darauf gesetzt, »nein, ich glaube, ich stehe wieder auf und ich nehme die Verheissung grad nochmals in Anspruch, er kann es schenken« (Sabine)

»in eurem Land wird keine Frau Fehlgeburten haben, keine wird unfruchtbar sein, ich werde euch ein langes Leben schenken«, da dachte ich »wow, das ist SO klar, was Gott hier sagt, Fehlgeburten sind nicht von ihm«, also ich hatte auch mal eine Fehlgeburt, aber ich konnte das dann direkt einordnen, das ist NICHT von Gott, das ist NICHT sein Wille, er ist derjenige, der Leben schenkt, weil wenn man dann noch mit dem Leben muss »jetzt nimmt mir Gott noch das Kind«, also das ist dann irgendwie auch noch, und es gibt viele, die so unterwegs sind, denke ich »jetzt hat Gott mein Kind genommen«, und das ist dann gleich nochmals eine Last, die man trägt und da wusste ich, Gottes, äh, Herz ist Leben schenken, Fruchtbarkeit schenken und, ähm, ja auch nicht Fehlgeburten schenken, sondern GUTE Schwangerschaften (Sabine)

Sobald etwas *Schlechtes* geschieht, kann dies auf das Handeln eines Gegenspielers Gottes zurückgeführt werden, auf jemanden, der *will*, dass Gläubige an ihrem Gottesglauben zu zweifeln beginnen. Es gibt gemäss Sabine durchaus Personen, »die so unterwegs sind«. Deren Glaube ist womöglich nicht stark genug und sie fallen auf Gottes Gegenspieler herein; sie denken, »jetzt hat Gott mein Kind genommen«. Diese Deutung zuzulassen, war keine Option für Sabine, denn damit umzugehen wäre »gleich nochmals eine Last, die man trägt«. Sabine behält also während der ganzen Zeit die Deutungshoheit. Sie entscheidet, warum es zu dieser Fehlgeburt gekommen ist und lässt sich nicht vom »Dieb« verführen. Die Deutung der negativen Erfahrung als ein Werk dieses Diebs trieb Sabine sogar dazu an, *noch mehr* zu glauben. Die Idee eines »Diebes« bzw. eines Antagonisten Gottes konnten auch Roudsari/Allan/Smith (2014) identifizieren (vgl. 119): Der »Teufel« wird als Auslöser für Unfruchtbarkeit oder reproduktive Verluste identifiziert. Interessanterweise beschreiben die Autor:innen diese Erklärung negativer Ereignisse als »negative religious coping«, was wenig einleuchtet. Zwar ist die Figur des Teufels oder des Diebes klar negativ konnotiert, gleichzeitig erfüllt sie einen positiven Zweck. So kann die für die Gläubigen so wichtige Figur von »Gott« weiterhin positiv konnotiert bleiben und die negative Erfahrung der Unfruchtbarkeit bzw. der reproduktiven Verluste wird erklärbar. Religiöses Framing erweist sich an dieser Stelle entsprechend als Entlastung für die Gläubigen.

Im Interviewmaterial mit evangelikal interviewten Partner:innen liess sich noch eine zweite Art identifizieren, das Erlebte innerhalb des christlichen Deutungshorizonts positiv einzuordnen. Weil der Vorstellung zufolge jedes Leben von Gott kommt, ist für sie auch klar, dass alle verstorbenen Kinder (dazu gehören auch Fehlgeburten) bei ihm in der »Ewigkeit« oder im »Himmel« aufgehoben sind. Sie werden ihre Eltern dann kennenlernen, wenn auch diese selbst sterben. In der Wortwahl wird auch nochmals deutlich, wie die Fehlgeburten als »handelnde« Akteur:innen verstanden werden, genauso, als würde es sich um lebende Kinder handeln. Sie »warten« auf ihre Eltern bzw. »holen sie ab«:

ER hat das Leben geschaffen, also ist ganz klar, wartet DIESES Kind, wir haben immer gesagt das ist unser Himmelskind, wartet auf uns in der Ewigkeit (Sabine)

unsere drei Kinder leben für uns ganz klar in der Ewigkeit, [...] wenn ich heute einen Wunsch äussern könnte, wenn ich sterbe, (1) würde ich gerne von den drei Kindern abgeholt werden, aber ich sage immer, (1) ob ich das dann brauche oder ob das dann so ist, (1) Gott weiss in diesem Moment, was das Wichtigste ist (Sonja)

Diese Deutung erinnert an diejenige, die auch beim Verlust von überzähligen Embryonen im Rahmen des »compassionate transfers« vorgenommen wird (s.o.). Die Existenz der verstorbenen Kinder kann ins Positive umgedeutet werden. Die verstorbenen Kinder konnte man zwar nicht kennenlernen, aber doch haben sie eine Existenzberechtigung: Sie sind »schon bei Jesus« (Sabine), denn »wir dürfen auch Abortkinder als Kinder annehmen und Gott nimmt sie ernst, also sie, sie leben« (Sonja).

Das Moment der Transzendierung wird im Kontext des evangelikalen Verständnisses folglich dadurch aktiviert, dass eine steuernde transzendente Grösse – in diesem Fall eindeutig Jesus oder Gott – angenommen wird. Diese hat die Existenz des Kindes *gewollt* und *gesteuert*, es ist damit *nicht* bedeutungslos, dass es »da« war. Gott übernimmt zudem die Verantwortung für diese Kinder, er sorgt sich um sie und hat sie bereits bei sich aufgenommen.

Die Ausführungen dieses Unterkapitels veranschaulichen, dass ein Schwangerschaftsverlust nicht immer ausschliesslich negativ gedeutet werden muss. Das ist insbesondere in zwei Kontexten der Fall. Erstens kann eine erlebte Fehlgeburt einen positiven Einfluss auf das Identitätsgefühl der Betroffenen haben – sie haben eine Schwangerschaft erleben dürfen und können sich als »Mutter« identifizieren. Der zweite Fall, bei welchem eine Fehlgeburt nicht ausschliesslich negativ gedeutet wird, liegt dann vor, wenn das Erlebte in einen bestimmten Kontext oder in ein spezifisches Symbolsystem eingeordnet werden kann und damit für Betroffene gewissermassen verstehbar und bedeutsam wird. Anschlussfähig ist hier Oevermanns (2016) Krisenbegriff, der bereits von Julia Böcker (2015, 2022) auf das Feld von Fehl- und Totgeburten angewandt wurde. Eine religionswissenschaftliche Betrachtung bestätigt Böckers Annahme, dass eine Fehlgeburt u.a. dann eine Krise darstellt, wenn sie für die Betroffenen nicht deutbar ist – wenn folglich eine sogenannte Deutungskrise vorliegt. Es wäre beispielsweise dann von einer Deutungskrise zu sprechen, wenn eine gläubige Person das Erlebte nicht in Einklang mit ihrer Vorstellung eines allmächtigen und liebenden Gottes bringen könnte und keine Antwort darauf finden würde, warum dieser Gott sie auf diese Art bestraft. Ebenfalls von einer Deutungskrise wäre zu sprechen, wenn eine Wunschmutter zur Überzeugung gelangt, dass die »Seele« eines Wunschkindes aufgrund eines persönlichen Defizits einfach nicht bei ihr »bleiben« möchte, und sie gleichzeitig nicht herausfindet, was sie »falsch« macht. Das war bei den für die vorliegende Untersuchung interviewten Personen nicht der Fall. Vielmehr haben sie aufgezeigt, dass *sie* es sind, die Herr:in der Deutung sind; *sie* entscheiden darüber, ob der Grund für einen reproduktiven Verlust im religiösen oder im medizinischen Referenzrahmen zu verorten ist und auf welche Weise dies geschieht. Insofern können sich Wunschehler trotz der emotionalen Herausforderung als aktiv Handelnde erleben, die ihrer Situation nicht hilflos ausgesetzt sind.

10.3 Adoptivkinder

Momente der Transzendierung sowie der Ent-Transzendierung finden sich auch im Kontext der Verhandlung von Adoption als Möglichkeit der Familiengründung. Sie wurden insbesondere bei der Analyse der Frage sichtbar, wie Individuen ihre Entscheidung

für oder gegen eine Adoption legitimieren und wie sie (potenzielle) Adoptivkinder mit »ihren *eigenen* Kindern« gleichsetzen oder diese Form der Beziehung bewusst negieren.

10.3.1 Ausschluss eines Zufalls: Verbundenheit mit *genau diesen* Kindern

In ihrer qualitativen Studie im US-amerikanischen Kontext konnte Jennings (2010) zeigen, dass sich christlich-gläubige Wunscheltern von Adoptivkindern immer wieder mit der Frage konfrontierten, ob sie mit der Adoption das tun, was Gott für sie vorherbestimmt hat. Dazu suchten sie ihre Umwelt nach entsprechenden »Zeichen« ab, die sie auf ihrem Weg bestätigten (vgl. 232f.). Das zeigte sich in sehr ausgeprägter Form auch in den vorliegenden Daten.¹⁹ So wurde in diesem Kapitel bereits beschrieben, dass auch Adoptiveltern den Umständen der Zeugung und der Geburt ihrer späteren Kinder eine bedeutungstragende Komponente zuschreiben können, etwa dann, wenn der rückblickend errechnete Zeitpunkt dieser Zeugung mit einem bedeutungsvollen Moment im Leben der Eltern zusammenfällt (s.o.). Für Julia und Lukas ist es wichtig, die Verbindung mit *genau diesen* Kindern, die schlussendlich zu *ihren* Kindern werden sollten, als bedeutsam und *nicht* als Produkt des Zufalls zu verstehen.

Julia und Lukas berichten im Interview davon, dass sie in Ecuador nach dem ersten Kennenlernen ihres ersten potenziellen Adoptivkindes und der Vermittlung dessen Dossiers zehn Tage Zeit erhielten, um eine Entscheidung zu fällen. Während dieser zehn Tage seien zwei Ereignisse vorgefallen, die man ihrer Meinung nach als »Zeichen« interpretieren *könnte*. Julia und Lukas äussern sich auf eine eher amüsierte und teilweise auch lächerlich machende Art und Weise über diese »Zeichen«, als wollten sie klarstellen, dass sie »rationale« Gläubige sind, die nicht überall Gottes Signale hineininterpretieren, wo sie gar nicht sind (ganz im Gegensatz zu den »ganz Frommen« – den Evangelikalen, von denen sich insbesondere Lukas sprachlich immer wieder distanzierte). Dass sie den Ereignissen während des Interviews viel zeitlichen Raum einräumen, weist darauf hin, dass diese »Zeichen« für sie dennoch nicht bedeutungslos waren und ihnen halfen, ihre Verbindung zu ihrem ersten Adoptivkind zu legitimieren. Zunächst seien sie während der besagten zehn Tage von einer Person im Bus um das Bezahlen des Tickets gebeten worden. Diese Person trug ein T-Shirt mit einem überdimensional grossen Schriftzug darauf. Es handelte sich um den Namen ebendieses Kindes.²⁰ Dann, und das sei dann das »Krasse« gewesen, hätten sie im Hotel ein Magazin mit einer Reportage über eine politische Bekanntheit entdeckt. Der Titel dieser Reportage lautete »Mutter [Name dieser politischen Bekanntheit]«. Das war für Julia und Lukas deswegen so bedeutsam, weil Julias Vorname mit demjenigen dieser Politikerin übereinstimmt: ein mögliches Zeichen

19 Das landeskirchlich-reformierte Paar Julia und Lukas ist im vorliegenden Sampling das einzige, das sich für eine Adoption entschieden hat. Insofern kann das Thema der religiösen Begründungslogiken für oder gegen eine Adoption hier als Forschungsdesiderat aufgeführt werden. Nichtsdestotrotz war »Adoption« in fast allen Interviews ein relevantes Thema, und die Begründungen der *Ablehnungshaltung* ihr gegenüber hat sich als nicht weniger wesentlich für die Analyse ergeben.

20 Der Name entspricht auch demjenigen einer Schutzheiligen eines südamerikanischen Landes. Aus Anonymisierungsgründen muss in diesem Unterkapitel teilweise auf die wortwörtliche Abbildung der Zitate verzichtet werden.

also, dass sie tatsächlich gerade jetzt dafür bestimmt war, Mutter zu werden. Julia relativiert auch hier, dass man dies »jetzt überinterpretieren [kann] als Zeichen von Gott, wir sagen es mehr so ein wenig manchmal scherzhaft, oder, vielleicht ist es ja ein Wink von Gott gewesen«. Unabhängig davon, ob Julia und Lukas nun *tatsächlich* an die Göttlichkeit dieser Zeichen glauben oder nicht, so zeigt sich, dass sie den Geschehnissen in ihrer Umwelt während der zehn Tage Bedenkzeit bewusst oder unbewusst eine besondere Bedeutung zuschrieben.

10.3.2 Selbsttranszendierung: Theologisches Framing von Adoption

Ein weiteres Transzendierungsmoment findet sich bei Julia und Lukas im theologischen Framing ihres Handelns, welches dem Akt der Adoption selbst einen transzendenten Unterbau verleiht. So sieht Julia in der Adoptivbeziehung zwischen sich und ihren Kindern eine Entsprechung in der Beziehung zwischen Gott und Mensch: »wir sind ja auch adoptiert von Gott irgendwie«. Dieser Analogieschluss versetzt Julia und Lukas als Eltern in die Rolle, die derjenigen von Gott entspricht – man könnte hier demzufolge von einer *Selbsttranszendierung* sprechen. Das Paar zieht weitere Vergleiche zwischen ihrem Handeln und Bibelstellen, die sie als bedeutsam für ihre Entscheidung darlegen und die diesen Analogieschluss weiter verdeutlichen:

eine Übersetzung [eines Verses aus den Psalmen] hat einfach gelautet »Gott (1) schafft den Einsamen eine Familie«, das haben wir natürlich mega schön gefunden, weil das ist für uns sehr bedeutungsvoll gewesen einfach äh, weil eben beide unsere Kinder waren Findelkinder (Lukas)

in der Bibel ist das ja SEHR ein starkes Thema eben der Fokus auf Witwen und Waisen, der Einsatz für die Armen, Einsatz für Gerechtigkeit (1) und eine Familie, dass, dass man Familie hat (Lukas)

Genauso wie Gott schafften Julia und Lukas Marginalisierten – den »Einsamen«, den »Waisen« – eine Familie und sorgen im Selbstverständnis für ein Stück Gerechtigkeit. Daraus entsteht das Legitimationsnarrativ, mit einer Adoption etwas Selbstloses für Marginalisierte zu tun, das auch im Einklang mit einem göttlichen Willen steht oder gar als Entsprechung göttlichen Handelns zu verstehen ist. Dieses Legitimationsnarrativ bringen sie mit einem weiteren in Verbindung. Vor allem Lukas betont im Interview immer wieder, dass er und Julia *nicht* jahrelang versucht hatten, genetisch verwandte Kinder zu zeugen und eine Adoption als egoistische »Notlösung« betrachteten. Adoption sei für sie »immer schon« ein Thema gewesen. Auch, dass sie einige Zeit ihres Lebens in Ecuador verbrachten, wo das Adoptionsverfahren deutlich leichter ist als in der Schweiz, habe nicht primär mit ihrem Kinderwunsch, sondern mit einer beruflichen Weiterbildung zusammengehungen. Dieses Framing geht sogar so weit, dass sie ihre eingeschränkte Fruchtbarkeit ins Positive ummünzen können – nur aufgrund dieser existiert ihre Familie in dieser Konstellation.²¹ So beschreibt Julia:

21 Wobei dieses Narrativ nicht unbedingt religiös begründet werden muss. Auch Greil (1991: vgl. 4) und Sandelowski (1993) konnten es in ihren Interviewdaten identifizieren. Eine Adoptivmutter be-

ich sage ihnen [den Kindern] auch »weisst du, ich glaube, (1) Gott hat das so gewollt, also Gott wollte, dass IHR zu uns kommt«, und wenn wir biologische Kinder gehabt hätten, ja, dann hätten wir wahrscheinlich nicht mehr an das gedacht, also, ja, oder hätten das vielleicht nicht in Betracht gezogen (Julia)

Diese Betrachtungsweise erlaubt es dem Paar, ihre eingeschränkte Fruchtbarkeit als etwas zu denken, das von Gott *gewollt* war und das zu ihrem besten war: Es erlaubte Julia und Lukas, den für sie vorgesehenen Weg als selbstlos Handelnde zu entfalten.

10.3.3 (Ent-)Transzendierung genetischer Verwandtschaft

Auf der anderen Seite liessen sich im Interview mit Julia und Lukas auch Momente der Ent-Transzendierung feststellen. Dies war in denjenigen Interviewsituationen der Fall, in denen sie über die Bedeutung von genetischer Verwandtschaft sprachen. Das Vorhandensein einer biologischen Verwandtschaft als exklusives Fundament einer »richtigen« Familie wurde von Julia und Lukas an mehreren Stellen in Frage gestellt:

was heisst denn »fruchtbar sein und vermehret euch«? Ist das jetzt nur biologisch gemeint oder kann man das auch übertragen, wie kann man sonst noch Frucht bringen im Leben? (Lukas)

auch so abwertend[je Kommentare von Dritten] im Sinn von »jetzt kommt dann noch euer RICHTIGES Kind«, aber wir HABEN ein richtiges Kind und Elternsein ist SO viel mehr als einfach biologische Verbindung (Lukas)

Julia und Lukas framen ihre Verbundenheit mit ihren beiden Adoptivkindern nicht als defizitär, weil kein biologisches Band zwischen ihnen besteht. Sie haben neue Wege gefunden, diese Verbundenheit zu legitimieren, indem sie verschiedene Momente und Aspekte der Beziehung transzendieren, die ihnen ein Stück weit »beweisen«, dass ihre Familienkonstellation keinen Zufall darstellt. Auch Czarnecki (2022) stellt in ihrer qualitativen Untersuchung fest, dass – scheinbar paradoxerweise – gerade sehr konservativgläubige Menschen über die Coping-Strategie verfügen, einen genetischen Essentialismus aufzubrechen und zu dekonstruieren. In ihren Interviews mit Evangelikalen konnte sie feststellen, dass die Gläubigen Verwandtschaft nicht (nur) als genetisch gegeben, sondern vielmehr als von Gott *gemacht* verstehen (vgl. 105). Auch wenn Julia und Lukas dies als landeskirchlich orientiertes Paar semantisch nicht so explizit ausdrückten, so sind sie doch ein gutes Beispiel dafür, wie Religion eine Ressource darstellen kann für die subjektive Legitimierung alternativer Formen der Verwandtschaft und der Familiengründung.

richtete, im Nachhinein froh über ihre Unfruchtbarkeit zu sein, denn ihr jetziges Kind sei genau das, was sie sich immer gewünscht hätte (vgl. 64). Naheliegend ist aber, dass religiöse Personen noch stärker zu diesem Framing tendieren, weil sie dem Ausgang ihrer Situation einen transzendenten Unterbau und damit eine Bedeutung zuschreiben können – statt ihn lediglich als (glücklichen) Zufall zu interpretieren.

Während biologische Verwandtschaft von Julia und Lukas ent-transzendiert wurde, schrieben ihr Paare, die sich *gegen* eine Adoption entschieden haben, immer wieder eine solch transzendente Komponente zu. Nur ein biologisch verwandtes Kind kann in diesem Verständnis Ausdruck und Beweis der Liebe eines (heterosexuellen) Paares darstellen («sharing genes matters» – vgl. 11.2.2). Die Ablehnungshaltung gegenüber einer Adoption wurde auch über eine angenommene gesellschaftliche Ächtung legitimiert, was gerade der umgekehrten Strategie von Julia und Lukas entspricht: Sie verstanden ihre Entscheidung für die Adoption ja gerade unter anderem als Verkörperung des sozial *erwünschten* Werts des Einstehens für Marginalisierte und Hilflöse («Witwen und Waisen»). Genau andersherum argumentiert Jana, für die eine Adoption nur dann in Frage gekommen wäre, wenn es sich dabei um ein Schweizer Kind gehandelt hätte:

es tönt jetzt ganz fies, aber ich wollte jetzt zum Beispiel kein schwarzes Kind, weil einfach dann sieht man sofort »ah, das ist adoptiert«, (1) es ist so ein wenig, auch für das Kind, finde ich, ist es irgendwie noch wichtig, dass man sich so ein wenig wie zugehörig fühlt zu der Familie und (1) irgendwie habe ich das Gefühl, wenn du schwarz bist und deine Eltern weiss, dann denkst du immer »ich bin voll anders als sie« und das wollte ich irgendwie nicht (Jana)

Ein dunkelhäutiges und damit »fremd« aussehendes Adoptivkind kam auch für das evangelikale Ehepaar Sonja und Markus nicht in Frage:

wenn die Kinder von Südamerika hierhin kommen und auf dem Pausenplatz sind, dann werden sie z.T. ja auch noch verspottet (Markus)

auch wenn so ein Kind ja nachher heiratet, ich meine, sie wachsen in der Schweiz auf, sie sind, sie leben in der Schweiz, wenn sie wieder heiraten, ist die Chance sehr gross, dass sie nicht eine Landsfrau oder -mann heiraten, sondern wieder einen Schweizer, (1) die Kinder sind totale Mischlinge, die gehören dann weder hierhin noch dorthin, wo die Eltern herkommen (Sonja)

Sowohl Jana als auch Sonja und Markus legitimieren ihre Ablehnungshaltung über das Argument des Kindeswohls. Indem eine nicht-weiße Hautfarbe als visuell wahrnehmbarer Marker von »Fremdheit« inszeniert wird, wird auch die Unmöglichkeit einer Verbindung mit diesen Kindern begründet.²² Der gesellschaftlichen Umwelt wird die Eigenschaft zugeschrieben, genetische – und das heisst hier *exklusiv* genetische – Verwandtschaft als ausschlaggebendes Zugehörigkeitsmerkmal zu einer Familie und damit zur sie umgebenden Gesellschaft zu verstehen. Indem dieses Narrativ übernommen wird, kommt es zu einer Reifikation desselben. Die Wunscheltern verhalten sich entsprechend dieser Norm und sehen die Erfüllung ihres Wunsches nur durch ein genetisch verbun-

22 Vgl. zum Thema Adoption und Rassismus, insbes. im Kontext von Adoptionen von Kindern aus Indien, Abraham/Bitter/Kesselring (2024).

denes Kind verkörpert – eines, zu dem auch sie selbst ein Gefühl der Zugehörigkeit aufbauen können.²³

In den Interviews mit den Evangelikalen wurde ferner deutlich, dass die Ablehnung gegenüber der Familiengründung mit genetisch nicht-verwandten Kindern auch explizit religiös begründet werden kann, wenn sie als nicht kompatibel mit Gottes Plan für dieses Ehepaar gedeutet wird. Dies steht im Gegensatz bzw. ist als Ergänzung zu den weiter oben beschriebenen Befunden von Czarnecki (2022) zu verstehen, die aufzeigten, dass gerade Evangelikale einen genetischen Essentialismus manchmal zu hinterfragen wissen. Für die evangelikale Sabine beispielsweise stellte sich durch intensive Gebetserfahrungen heraus, dass für sie nur ein genetisch verwandtes Kind in Frage kommt:

für uns ist GANZ klar rausgekommen, wir haben den Glauben FÜR ein EIGENES Kind, und sonst würden wir, ähm, eher ohne Kind bleiben (Sabine)

Die Wortwahl impliziert, dass nur ein biologisch verwandtes Kind auch ein »eigenes« sein kann. Auch in Fabians Ausführungen zeigt sich eine klare Distinktion zwischen einem »hausgemachten« (also »eigenen«) Kind und einem, das man sich von aussen »ins Haus« holt:

es tönt relativ böse oder plakativ, wenn man sagt »sich das Unglück ins Haus holen«, also [...] da bin ich halt schon auch Realist und sage ja, was kommt denn ins Haus, also klar, wenn ein [genetisch verwandtes] Kind zur Welt kommt, kann man auch nicht wählen, aber dort ist wie die Verantwortung muss man in diesem Sinne 1:1 übernehmen »hey, wir haben uns darum bemüht und das ist jetzt das, was herauskommt [Original: das wo useluegt]« (Fabian)

An einer anderen Stelle im Interview kontrastiert Fabian ein Adoptivkind mit dem Kauf eines Autos: Während bei letzterem der Nutzen und die Kosten klar »berechenbar« seien, sei dies bei einem Adoptivkind anders, weil vieles unvorhergesehen eintreten kann. Um dies zu untermauern, referiert er auf Bekannte, die »Kinder adoptiert haben und dann [ist] die Ehe auseinander[gegangen]«. Mit einem »fremden« Adoptivkind holt man sich folglich potenziell ein »Unglück« ins Haus. Auch Jennings (2010: vgl. 229) und Gerrits (2016) konnten diese Haus-Metapher in Bezug auf die Aushandlung für oder gegen eine Adoption in ihren Daten feststellen: »you never know what you will get in your house« (273).

Gemäss Fabian könne natürlich auch ein »eigenes« Kind Herausforderungen mit sich bringen (»man [kann] auch nicht wählen«), jedoch scheint durch die genetische Verwandtschaft eine Art »Schutz« einherzugehen. Einerseits sieht Fabian ein genetisch verwandtes Kind als weniger unberechenbar, vor allem aber bewahrt es die Eltern vor dem negativen Framing, mit diesem Kind womöglich einen Fehler begangen zu haben – schliesslich ist das Kind »hausgemacht«, und dabei müsse man die Verantwortung »in diesem Sinne 1:1 übernehmen«. Fabian begründet das Verantwortungsgefühl also

23 Vgl. zum Wunsch werdender Adoptiveltern nach einem Kind, dem nicht anzusehen ist, dass es nicht genetisch mit ihnen verwandt ist Letherby (2012), Letherby/Marchbank (2003).

über die genetische Verwandtschaft, und nicht über den sozialen Status des Elternseins. So lässt sich auch hier ein Transzendierungsmoment genetischer Verwandtschaft feststellen, das der Legitimation der Entscheidung *gegen* Adoptivkinder dient.

10.3.4 Allgemeine Deutungsambivalenz der Adoption

Die Daten und die entsprechenden Analysen zeigen, dass Adoptionen im hier untersuchten sozialen Kontext eine Deutungsambivalenz innewohnen, die gegenteilige Handlungsanleitungen implizieren. Das führt zu einem gesteigerten Rechtfertigungsdrang bei Wunscheltern – und zwar auf beiden Seiten. Sowohl diejenigen Interviewpartner:innen, die sich für eine Adoption entschieden haben als auch diejenigen, die nicht diesen Weg einschlugen, brachten das Thema immanent ins Interview ein, als müssten sie ihre Entscheidung oder ihre Haltung auch mir gegenüber legitimieren. Adoption wird zunächst als positiv und selbstlos gedeutet, weil man damit »fremden« Kindern eine Familie biete, die ansonsten keine hätten. Daraus folgt, dass Adoptiveltern die Adoption als selbstwirksame Handlung positiv deuten können, was insbesondere das Fallbeispiel von Julia und Lukas aufzeigt. Auch Interviewpartner:innen, die sich gegen eine Adoption entschieden, bestätigen diese Deutung, wenn sie ihre Argumentationen beispielsweise mit Worten einleiten wie: »es tönt relativ böse oder plakativ« (Fabian) oder »es tönt jetzt ganz fies« (Jana, siehe oben). Mit diesen Relativierungen verweisen die Interviewpartner:innen darauf, dass sie sich dieser beschriebenen, positiven Deutung bewusst sind. Gleichzeitig verorten sie sich als ethisch handelnde und denkende Personen. Ihre ablehnende Haltung gegenüber einer Adoption tangiert diesen Status nicht, weil sie aufzeigen, dass sie die Option der Adoption moralisch durchdacht haben und nicht aufgrund egoistischer Motive zum Schluss kamen, dass sie keine adoptierten Kinder haben wollen. Auch sie argumentieren mit dem Kindeswohl. Man reiße ein Kind aus seiner »natürlichen« Umgebung, aus seiner »Heimat« und »entwurzele« es. Wenn es sich dabei noch um eine BIPoC-Person handelt, würde man sie aufgrund ihrer visuell sichtbaren »Fremdheit« auch noch der Möglichkeit berauben, ein stabiles Identitätsgefühl aufzubauen. Diese angenommene »Fremdheit« des Kindes kann auch zu einer gesellschaftlichen Aberkennung der Verbundenheitsqualität zwischen Eltern und Kind führen: Es ist nicht ihr »eigenes« und damit potenziell »unberechenbar« in seiner Verhaltensweise.

Exkurs: Adoption in der Schweiz

Dass Julia und Lukas die Einzigen im Sampling waren, die sich für eine Adoption entschieden haben, ist kein Zufall, sondern eine durchaus adäquate Abbildung der Realität. Die Kopplung von »Familie« mit »genetischer Verwandtschaft« in der Schweiz wird auch durch die hiesige rechtliche Lage und ein Ungleichgewicht an »Angebot« und »Nachfrage«²⁴ perpetuiert. Das Adoptionsverfahren kann enorm zeit- und kostenintensiv sein, es

24 Dass grundsätzlich seit den 1980er-Jahren immer weniger Schweizer Kinder zur Adoption freigegeben werden, ist hauptsächlich auf den verbesserten Zugang zu Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen zurückzuführen. Auch die gesteigerte Akzeptanz von aussereheli-

ist an diverse Bedingungen geknüpft und bringt ein ergebnisoffenes Verfahren mit sich. Neben formalen Faktoren wie Alter, finanzielle Rücklagen und Zivilstand der Wunsch-Adoptiveltern müssen Interessierte auch diverse Eignungsabklärungen bestehen. Damit kommt eine Adoption schon von vorneherein nur für sehr wenige Personen überhaupt in Frage.²⁵ Das schlägt sich auch in den Zahlen nieder: Im Jahr 2022 wurden insgesamt 442 Personen adoptiert, wovon es sich in mindestens 216 Fällen um eine Erwachsenenadoption handelt – es wurden nur 35 Kinder im Alter von 0–4 Jahren adoptiert. Zudem ist davon auszugehen, dass ein Grossteil dieser 35 Fälle auf Stiefkindadoptionen zurückzuführen ist – ein:e neue:r Partner:in adoptiert das Kind, welches in die Ehe gebracht wird, um eine Sorgerechtsbefugnis zu erhalten.²⁶ Diese Situation wurde vielfach in den Interviews reflektiert. Adoption wurde als mindestens genauso emotional herausfordernd verstanden wie die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin. Hinzu kommt, dass selbst bei einer erfolgreichen Adoption nicht klar ist, von *was für einem* Kind man hinsichtlich der Merkmale Alter, Gesundheitszustand und Hautfarbe Eltern wird. Bereits in den 1990er-Jahren konstatierten Whiteford/Gonzalez (1995) für den US-amerikanischen Kontext »the decreased availability of healthy white infants for adoption« (29). Auch im Feld wird die schlechte Verfügbarkeit von Babys mit den begehrten Merkmalen (»gesund« und »weiss«) benannt: »Wenn du ein gesundes weisses Baby willst, wartest du extra lange« (Lorena).

Die Beschwerlichkeit dieses Weges scheint kein Bestandteil des allgemeinen Wissens der Schweizer Bevölkerung darzustellen, die davon auszugehen scheint, dass eine Adoption ein leicht bewältigbares Unterfangen darstellt (vgl. dazu auch Thorn/Rodino 2021: 24). Auch in der wissenschaftlichen Literatur wird der Weg zum Adoptivkind unterkomplex dargestellt: »adoption is highly complex and less straightforward than often assumed in scholarly literature« (Pérez-Hernández/de Proost 2024: 594). So werden Wunscheltern von Unbeteiligten immer wieder darauf hingewiesen, sie »sollen doch einfach adoptieren«. Viele der Interviewten schlossen die Adoption schon früh in ihrem Prozess als mögliche Option wieder aus, schlicht deswegen, weil das Verfahren zu lange und zu teuer für sie war. Wäre dies anders, hätten sich vermutlich auch mehr der Interviewten für diesen Weg entschieden. Ein Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen, die bereits weiter zurückliegen oder die in anderen geografischen Kontexten durchgeführt wurden, liefern Indizien für das Zutreffen dieser Vermutung (vgl. dazu vergleichbare Studien aus den 1980er- und 1990er-Jahren für die USA Greil 1991; Sandelowski 1993; Webb/Daniluk 1999 und für Grossbritannien Franklin 2002).

Adoption als Möglichkeit, den Kinderwunsch von Personen mit eingeschränkter Fruchtbarkeit zu erfüllen ist damit nur scheinbar ein gangbarer Weg und stellt diskur-

chen Kindern und Alleinerziehenden begünstigt diesen Trend (vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/adoptionen.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

25 Vgl. <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/adoption.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

26 Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/adoptionen.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

siv zunehmend eine deviante Form der Familiengründung dar – und so fehlen auch entsprechende Rollenvorbilder.

10.4 Theoretische Anschlüsse: Transzendierungsmomente als religiöse Kommunikation

Im Folgenden soll diskutiert werden, inwiefern sich die Transzendierungsmomente im Kontext von Kinderwunschbehandlungen oder von Adoptionsverfahren besser verstehen lassen, wenn Luhmanns Theorie zu religiöser Kommunikation herangezogen wird. Die Verbindung zu Luhmann mag an dieser Stelle zunächst überraschen: Der Systemtheoretiker befasste sich in seinen Werken grundsätzlich mit Religion auf einer Makroebene. Er wollte erläutern, welche Rolle Religion in modernen und gesamtgesellschaftlichen Kontexten zukommt. Luhmann interessierte sich dezidiert nicht für einzelne Individuen und ihre Handlungen innerhalb der Teilsysteme. Er abstrahiert menschliches Handeln sozusagen aus seiner Theorie heraus (vgl. Kleine 2016: 81) – das einzelne Individuum ist nicht einmal relevant für seinen Kommunikationsbegriff: »Der Mensch kann nicht kommunizieren; nur die Kommunikation kann kommunizieren« (Luhmann 2007: 31). Luhmann sei, so der Religionswissenschaftler Christoph Kleine (2016), für eine ethnologisch arbeitende Religionswissenschaft daher nicht anschlussfähig (vgl. 79). Überhaupt sei jeder Versuch, Luhmanns höchstkomplexe und abstrakte soziologische Theorie anhand der Empirie verständlich zu machen, schon im Vorhinein zum Scheitern verurteilt – sie würde dadurch »banalisiert, verliert ihre Originalität und ihre Erklärungskraft« (ebd.: 69). Es ist sicher zutreffend, dass Luhmanns Theorie nicht durch simplifizierte Darstellungen der Empirie verständlich gemacht werden kann. Ebenfalls richtig ist, dass sich Luhmann vor allem dafür interessierte, welche Funktion das »System Religion« in Bezug auf ihren Beitrag zur Stabilität der Gesamtgesellschaft einnimmt. Eine Anschlussfähigkeit seiner Systemtheorie für qualitativ-empirisch arbeitende Wissenschaften damit abschliessend zu negieren, erscheint vor dem Hintergrund bekannter Gegenbeispiele jedoch unverhältnismässig radikal. So kann die Funktion der Religion auf einer Makro-Ebene durchaus auch auf einzelne Organisationen (Mesoebene) bzw. Individuen (Mikroebene) adaptiert werden. Das konnte im 7. und 8. Kapitel bereits in Bezug auf Vogd (2012) für die Analyse von Ärzt:innen-Patient:innen-Interaktion sowie mit Verweis auf Lüddeckens (2018) für den Ent-Differenzierungs-Begriff nachgewiesen werden. Weder Vogd noch Lüddeckens ging es dabei darum, Luhmanns Systemtheorie in ihrer Gesamtheit zu erklären. Vielmehr zeigten die Autor:innen beispielhaft, wie einzelne Aspekte von Luhmanns Ausführungen fruchtbar weitergedacht und gewisse empirische Realitäten verstehbarer gemacht werden können.

Ein weiterer Grund dafür, an dieser Stelle auch auf Luhmann zu verweisen, besteht in dessen breiter Rezeption in der Religionswissenschaft und -soziologie. Durch eine Anbindung an seine Systemtheorie wird deutlich, dass die vorliegende Untersuchung anschlussfähig für (theoretische) Diskurse des Faches ist und es sich damit dezidiert um ein religionswissenschaftlich relevantes Thema handelt. Die breite Rezeption Luhmanns in der Religionswissenschaft kann u.a. dadurch erklärt werden, dass seine Imma-

nenz/Transzendenz-Unterscheidung weitaus weniger christlich-theologisch »kontaminiert« ist, als dies bei anderen Klassiker:innen beobachtbar ist. Sie ist gerade *nicht* an eine spezifische religiöse Semantik gekoppelt und damit auf einem analytisch weitaus abstrakteren und metasprachlicheren Niveau anzusiedeln, als dies etwa bei Unterscheidungen wie heilig/profan oder erlöst/verdammt der Fall ist. Religion kann sich in diversen Semantiken niederschlagen und »Transzendenz« muss sich nicht unbedingt auf einen christlichen »Gott« beziehen, sondern potenziell auch auf jegliche Vorstellungen ausserempirischer Realitäten (vgl. dazu die Stellungnahme von Kleine 2016).²⁷ Das passt auch zu den vorliegenden Daten, in denen sowohl Deutungen mit Bezug auf ein »klassisches« christliches Gottesbild und entsprechender Semantik vorkommen, als auch solche mit Bezug auf situative alternativ-religiöse Weltbilder.

Luhmann orientiert sich in seinen Erläuterungen zum Teilsystem Religion an der Leitunterscheidung Immanenz/Transzendenz. Diese Differenzierung wird durch *religiöse Kommunikation* vorgenommen. Wie bei allen seinen binären Codes kann der eine nur in Abhängigkeit vom anderen existieren; Transzendenz gibt es nur aufgrund der Differenz zur Immanenz. Anders ausgedrückt: Das Transzendente kann nur erzeugt werden über die Immanenz (vgl. Kleine 2016: 75f.). Dies geschieht im Teilsystem Religion auf besondere Art und Weise:

Im Falle von Religion ist Begründung nicht durch Ausschluß, sondern nur durch Einschluß des Gegenwertes [= Transzendenz, Anm. L.B.] zu erreichen, nicht wie Wahrheit durch Ausschluß von Unwahrheit, sondern durch Neubewertung aller Unterscheidungen in transzendenter Sinngebung (Luhmann/Kieserling 2002: 91).

Indem angenommen wird, dass Transzendentes existieren kann, wird dieses in die immanente Sphäre geholt. Dinge können folglich durch religiöse Kommunikation *neu* bewertet werden; ihnen kann ein transzendenter Sinn zugeschrieben werden. Diese »Dinge« fasst Luhmann als »Kontingenz«. Kontingenz ist »alles, was zwar möglich, aber nicht notwendig ist« (Luhmann 1982: 187). Damit meint er die unausweichliche Unberechenbarkeit (alltäglichen) Erlebens, dass Erwartbares auch anders ausfallen kann, dass man getäuscht werden kann. Somit kann Kontingenz auch als »Enttäuschungsgefahr« oder als »Notwendigkeit des Sicheinlassens auf Risiken« (Luhmann 1987: 31) verstanden werden. Im System Religion geht es mitunter darum, diese Kontingenz zu überwinden oder zu bewältigen (vgl. Kleine 2016: 78): Die Unberechenbarkeit und scheinbare (!) Zufälligkeit der Dinge wird erklärbar über eine transzendente Grösse – das kann »Gott« sein, muss es aber nicht (vgl. ebd.: 55). Religiöse Kommunikation wird nicht nur bei spezifisch »klassisch« religiösen Fragen oder nur durch religiöse Instanzen relevant. Sie schwingt auch in anderen Teilsystemen mit, sie ist theoretisch in jeglicher Kommunikation möglich (vgl. ebd.: 64). So beschreibt Luhmann: »Mehrdeutige Ereignisse oder relatives Unglück im Vergleich zum Wohlergehen anderer, Langeweile oder Wahnsinn können aequi-

27 Luhmann/Kieserling (2002: vgl. 77–80) betonen die Anwendbarkeit dieses Religionsverständnisses auch für nicht-christliche Religionen selbst explizit – so etwa für, wie sie es nennen, »primitive« Religionen. Kleine (2012) veranschaulicht die Anschlussfähigkeit des Immanenz/Transzendenz-Begriffspaars auch für buddhistische Kontexte (vgl. 61f.).

finale Ausgangslagen bilden für den Anschluß religiöser Erfahrungen« (Luhmann 1982: 35f.). Um diese mehrdeutigen Ereignisse erklärbar – oder eben: bestimmbar – zu machen, besteht die Funktion der Religion darin,

die unbestimmbare, weil nach außen (Umwelt) und nach innen (System) hin unabschließbare Welt in eine bestimmbare zu transformieren, in das System und Umwelt in Beziehungen stehen können, die auf beiden Seiten Beliebigkeit der Veränderung ausschließen (Luhmann 1982: 26).

Es geht bei der religiösen Kommunikation also darum, »Beliebigkeit der Veränderung« kognitiv auszuschliessen, indem die in der immanenten Sphäre unausweichliche und unüberwindbare Kontingenz durch den Einschluss der Transzendenz ausgeschlossen werden kann. Genau das geschieht, wenn Wunscheltern mit ihrem (noch) nicht oder nicht mehr physisch wahrnehmbaren Wunschkind in Interaktion treten. Die Coping-Strategie, welche die in diesem Kapitel beschriebenen Individuen anwenden, bestand darin, die Unberechenbarkeit, Beliebigkeit und Zufälligkeit in Berechenbarkeit umzuwandeln oder die Ereignisse zumindest erklärbar zu machen. Das Moment der Transzendierung findet dann statt, wenn mit den fragmentierten Körpern oder auch den fehlgeborenen Kindern eine emotionale Verbindung eingegangen wird, ihnen ein Bewusstsein oder eine »Seele« zugesprochen wird. Was sie »tun« – sich (nicht) weiterentwickeln, sich (nicht) in der Gebärmutter einnisten, (nicht) geboren werden – wird erklärbar: Es gibt noch einen weiteren Willen, der den Lauf der Dinge mitbestimmt, und dieser Wille liegt ausserhalb der empirischen Realität: die Seele der Embryonen, Gott, die Natur. Dasselbe kann im Kontext der Adoption geschehen. Dass *gerade diese* Kinder zu den eigenen werden, lässt sich als Produkt des Zufalls – als etwas Kontingentes – nur dann ausschliessen, wenn eine transzendente Grösse in die immanente Welt integriert wird, die eine bestimmte Familienkonstellation vorhergesehen hat.

Interessanterweise hat sich aber gezeigt, dass Kontingenzbewältigung von den Wunscheltern gar nicht immer erstrebt wurde. Manchmal wurde auch das Gegenteil zur bevorzugten Art des Umgangs mit der Situation, nämlich die Option der *Beliebigkeit*. Das geschah im vorliegenden Sampling etwa dann, wenn Rahel explizit *keine* Beziehung zu ihrem (eingesetzten) und genetisch nicht-einwandfreien Blastozysten aufbaute; wenn Lea, Jana, Anja, Julia und Lukas bewusst *kein* pränatales Bonding zu den Frühschwangerschaften etablierten; wenn Vera ihre körperliche Kondition als biologischen Zufall und nicht als Schicksal deutet; wenn Reto und seine Frau die Totgeburt als »Unfall« und nicht etwa als eine Strafe von transzendenter Seite her deuten. In diesen Situationen geschieht eine Ent-Transzendierung, und ohne den Pol der Transzendenz gibt es entsprechend auch keine Immanenz. Eine religiöse Kommunikation wird in diesen Kontexten bewusst nicht vorgenommen. Damit gelang es den Interviewten, sich vor emotional verheerenden Enttäuschungen zu bewahren oder einem Gefühl der Selbstverschuldung an der Situation vorzubeugen.

Die Betrachtung des Forschungsfelds aus der Perspektive von Luhmanns Systemtheorie bzw. seinen theoretischen Konzepten von »Religion« führt vor Augen, dass diese gerade für empirische Arbeiten mit einem breiten Religionsverständnis anschlussfähig sein können. Anders ausgedrückt: Aus einer Luhmannschen Perspektive lässt sich

»Religion« in diesem Kontext leichter als solche identifizieren als aus anderen, die enger an ein (christliches) Transzendenz- oder Heiligkeitsverständnis geknüpft sind. Das bedingt aber, seine Perspektive um menschliche Akteur:innen zu erweitern. Einer der häufigsten Kritikpunkte an der Systemtheorie besteht schliesslich darin, dass er Individuen keinerlei Handlungsspielraum einräumt und entsprechend keine Begrifflichkeiten für sie bereithält. So muss stets die Frage gestellt werden, ob das, was auf einer Makroebene plausibel erscheint – hier: welche Funktion Religion für die Stabilität einer ausdifferenzierten Gesellschaft erfüllt – auch auf ein Mikrolevel übertragen werden kann. Dies kann für das vorliegende Untersuchungsfeld bestätigt werden: Individuen mit unerfülltem Kinderwunsch nutzen religiöse Kommunikation und die Differenzierung zwischen Immanenz und Transzendenz situativ – je nachdem, ob ihr Ziel darin besteht, Kontingenz zu überwinden oder darin, Kontingenz als intellektuelles Mittel einzusetzen, um sich zum emotionalen Selbstschutz von dem Geschehenen zu distanzieren. Auch die situative Adaption dieser Strategie kann als ein wesentlicher Aspekt des *Doing* unerfüllter Kinderwunsch verstanden werden.²⁸

28 Auf andere kulturelle Kontexte angewendet zeigt sich, dass die Differenzierung von Transzendenz und Immanenz nicht immer trennscharf greift. In »Haunting Images« veranschaulicht Tine Gam-meltoft (2014), dass Ungeborene für vietnamesische Frauen gleichzeitig auf einer transzendenten als auch auf einer immanenten Ebene eine Rolle spielen. Sie erleben sie in ihrem Alltag als wirksam – etwa als Geister oder Seelen, die emotional und moralisch präsent bleiben.

11. Partnerschaftliche und geschlechterbezogene Aushandlungen

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

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

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

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

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

11.1 Sexualität zwischen Selbstzweck und Mittel zum Zweck

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

11.1.1 Zurückerlangen der Deutungsmacht

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

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

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

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

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

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

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

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

[...]

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

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

A: und wir haben keine Lust oder was auch immer

T: aber das zählt dann wie nicht <lacht>

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

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

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

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

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

11.1.2 Sexualität als abwesendes Thema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2 Neue Identitätsaushandlungen als Paar

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2.1 Unfruchtbarkeit als individuelles (weibliches) Problem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.2.2 Unerfüllter Kinderwunsch als Identitätsmerkmal des Paares

Die Ehe als oberste Priorität

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

first wir zwei und dann danach alles andere (Fabian)

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

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

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

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

»sharing genes matters«

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

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

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

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

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

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

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

Gestärkte Paarbeziehung

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

11.3 Männliche und weibliche Unfruchtbarkeit als soziale Konstrukte

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

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

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

und »to father« wie folgt:

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

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

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

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

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

11.3.1 Weitergabe der Gene

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

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

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

J: das habe ich eben gar nicht

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

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

11.3.2 »Mechanisch« funktionierende männliche Körper

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T: ja

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

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

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

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

11.3.3 Weibliche Unfruchtbarkeit und die Undenkbarkeit, keine Mutter zu sein

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.3.4 Bedrohte männliche Sexualidentität

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

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

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

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

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

27 Online verfügbar unter: <https://www.srf.ch/play/tv/puls/video/schlappe-spermien---maennliche-fruchtbarkeit-in-der-krise?urn=urn:srf:video:9b0a7a5c-147b-426f-b7d0-fe4e46099acc> (Minute 8:49; zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

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

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

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

11.4 Genderspezifische Konsequenzen und Handlungen

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

11.4.1 Weibliche Verantwortung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T: die erste war ganz schlimm emotional

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

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

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

T: mhm, anscheinend nicht <lacht>

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

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

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

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

11.4.2 Geschlechterspezifische Strategien des Umgangs

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

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

Auf der Suche nach Validation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vernetzung unter Frauen: körperliche Verbundenheit als Deutungsressource

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

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

I: und findest du das gut?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bier und Gamen: Austausch unter Männern

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

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

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

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

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

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

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

[...]

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

F: ja

D: also sie SCHLEPPEN sie mit

F: sie REISSEN sie mit eigentlich

[...]

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

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

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

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

11.4.3 Marginalisierung von Männern in Gesundheitseinrichtungen

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

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

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

in den Kliniken auch einfach, die Post geht IMMER an mich, (2) das verstehe ich nicht, ich meine, wir sind doch ein Paar, das dorthin geht und das gerne schwanger werden möchte und alles, die Rechnungen gehen nur auf meinen Namen und das finde ich dann ist einfach so, (2) das finde ich einfach nicht gut, also es ist so, es ist auch von IHNEN aus so extrem auf die Frau projiziert, und das macht das Ganze einfach nochmal viel mehr, die Belastung nochmals [...], diese Ärztin schaut ihn NIE an (Rahel t1)³¹

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

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

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

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

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

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

11.4.4 Mögliche männliche Rollen

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

Evangelikale Männer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ich habe als rational und logisch denkender Mann, habe ich gefunden »ja, also, wir haben ja jetzt immer schon kinderlos gelebt und jetzt leben wir einfach dieses Leben weiter, so wie es war« (Andreas auf livenet³⁴)

ich bin halt auch ein Mann und offenbar einfacher gestrickt, [...] es war sehr eine traurige Situation und das hat einen schon hin und wieder einfach wieder mal übermannt sage ich jetzt, oder, aber irgendwie konnte ich das sagen, es ist so und es ist gut so, offenbar, weil sonst wäre es nicht so, und wie das annehmen (Tobias auf livenet³⁵)

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

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

35 Ebd.

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

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

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

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

[...]

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

[...]

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

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

Nicht-evangelikale Männer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11.5 Theoretische Anschlüsse: Geschlecht als relevante Kategorie im Feld

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. »Am Rand der Gesellschaft«

Auseinandersetzung in und mit der fruchtbaren Welt

»We and those who do not depart negatively from the particular expectations at issue I shall call the *normals*« (Goffman 1986: 5, Herv. i. O.). Was Erving Goffman in seinem Buch »Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity« als »the *normals*« bezeichnet, stellt den Bezugspunkt der in diesem Kapitel vorgestellten Analyse dar. Diese Bezeichnung ist vordergründig *reifizierend*, weil sie geltende Normen sowie die sozial konstruierten Grenzen zwischen In-Group und Out-Group performativ bestätigt. Tatsächlich jedoch ist sie vor allem *enthüllend*, weil sie diese üblicherweise unausgesprochenen Normen expliziert und damit diskussionswürdig macht. »The *normals*« sind diejenigen, die *nicht* von einem spezifischen Stigma betroffen sind. Aus der Perspektive von Betroffenen entsprechen sie demzufolge den *Nicht*-Blinden, den *Nicht*-Gehbeeinträchtigten oder denjenigen *ohne* Narben, die auf einen vergangenen Suizidversuch hinweisen – um einige von Goffmans Beispielen wiederzugeben. Im vorliegenden Fall entsprechen die »Normalen« denjenigen Personen, die (vermeintlich) ohne Probleme, d.h. ohne medizinische Intervention und ohne die Angst, womöglich niemals Mutter oder Vater zu werden, eine (biologische) Familie haben gründen können oder im Begriff sind, dies zu tun (insbes. Schwangere). Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch präsentiert sich die soziale Welt also als »fruchtbar«,¹ von der sie sich an den Rand gedrängt fühlen und die ihr Identitätsgefühl massgeblich beeinflusst. Die »social interaction between the stigmatized and the normal« (Goffman 1986: 51) war daher in den Interviews ein fundamentales Aushandlungsthema, wie es ein Ausschnitt aus dem Gespräch mit Nadine veranschaulicht:

ohne Kinder bist du irgendwo immer am Rand der Gesellschaft, irgendwo kannst du bei etwas [Original: öppisem], das ganz einen grossen Teil betrifft, gehörst du einfach nicht dazu und du kannst nicht mitreden (Nadine)

Das in den Interviews beschriebene Gefühl einer erfahrenen Devianz gründet auf der gesellschaftlichen Konstruktion von Elternschaft als »normal« und Nicht-Elternschaft als

1 Auch Greil (1991) spricht von einer »interaction with the fertile world« (126).

das »sozial Andere« (Letherby 2012: 15): »The vast majority of cultures construct parenthood as natural, unconscious, and spontaneous« (Hadley 2021: 329).

Die Analyse hat ergeben, dass die »Aufteilung« der Welt in »Fruchtbare« und »Wunscheltern« aus der Perspektive von Personen mit unerfülltem Kinderwunsch auf zwei Aspekten fusst, entsprechend derer dieses Kapitel aufgebaut ist. Als erster Aspekt ist ihre Perzeption dieser Welt zu nennen, welche sie als permanente Erinnerung an ihre Unzulänglichkeit wahrnehmen – auch ohne, dass sie explizit auf ihre Situation angesprochen werden. So begegnen sie in ihrem Alltag ständig Schwangeren oder jungen Familien, und auch im engeren sozialen Umfeld scheinen *alle* (zum wiederholten Mal) schwanger zu sein. Rahel (t2) beispielsweise beschrieb ihre Freundin als »die ist so fertil«, weil sie dreifache Mutter wurde in der Zeit, in der sie selbst akut von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen war. Hinzu kommt, dass einige von ihnen ihr Leben schon vor vielen Jahren auf einen zukünftigen Alltag mit Familie ausgelegt haben. So werden auch das viel zu grosse Haus mit den leeren Zimmern oder der bewusst gewählte Wohnort in einem familienfreundlichen, in der Nähe von Schulen und Kitas gelegenen Quartier zu »constant reminders of their unchosen childlessness« (Throsby 2006: 93). Die Implikationen dieser Erfahrung sowie die *Vernetzung* mit anderen Wunscheltern als mögliche Form des Umgangs damit werden unter 12.1 thematisiert.

Der zweite Aspekt, der die »Zweiteilung« der Welt aus der Perspektive von Wunscheltern bedingt, bezieht sich auf den wahrgenommenen Umgang der fruchtbaren Welt mit ihnen. Auf ihre »Andersheit« werden Wunscheltern immer wieder explizit angesprochen, was sie dazu zwingt, sich zu ihr zu verhalten. Bereits die scheinbar harmlose Frage »Habt ihr Kinder?« oder »Wie viele Kinder habt ihr?« (insbes. bei Lea, Nadine, Andreas) verursacht potenziell jedes Mal Gefühle der Trauer und Unzulänglichkeit – insbesondere dann, wenn dann noch die Frage nachgeschoben wird: »Warum denn nicht?« Im Unterkapitel 12.2 wird daher beschrieben, wie Wunscheltern sich mit der Frage auseinandersetzen, wie viel sie von ihrer Situation mit anderen im näheren und weiter entfernten Umfeld teilen möchten. Das beinhaltet die Reflexion, ob sie solchen Fragen ausweichen oder sie bewusst nutzen, um Unbeteiligte über ihre Unsensibilität und das als Tabu wahrgenommene Thema »unerfüllter Kinderwunsch« aufzuklären.

Inhaltlich abschliessend soll ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, wie sich die Lebenswelt von Wunscheltern verändert, wenn sich die »fruchtbare Welt« hauptsächlich in evangelikalen Gemeinden abspielt (12.3).

Schliesslich widmet sich in Kongruenz mit den anderen Analysekapiteln das letzte Unterkapitel der Frage, inwiefern die Erkenntnisse für einen breiteren (religions-)wissenschaftlichen Diskurs anschlussfähig sein können. Dazu wird Erving Goffmans Stigma-Begriff im Kontext dessen innerdisziplinärer Rezeption näher vertieft, um eine Anschlussfähigkeit an andere religionswissenschaftlich relevante Untersuchungsgegenstände zu diskutieren (12.4).

Einige der Aspekte, die im Folgenden genauer erläutert werden, wurden in anderen Kapiteln bereits angesprochen. Es ist nicht möglich und wäre unangemessen, die Bedeutungszuschreibungen von Wunscheltern in den verschiedenen beschriebenen Bereichen abzubilden, ohne dabei die Beeinflussung durch die »fruchtbare Welt« mitzudenken. Damit gemeint ist beispielsweise die grundsätzliche Annahme unbeteiligter Dritter, eine Adoption sei eine leichte Lösung für ein Unfruchtbarkeitsproblem (vgl. 10.3 Exkurs)

oder die diskursive Normalisierung der Reproduktionsmedizin, die sich in deren Kommentaren ebenso widerspiegeln kann (vgl. 7.3.1).²

12.1 Nicht-Elternschaft als erfahrene Devianz

Auch ohne dass Wunscheltern auf ihre Situation angesprochen werden, wird ihnen ihr »Mangel« permanent vor Augen geführt. Sie sind »Nicht-Eltern« in einer Welt, in der Elternschaft die Norm darstellt, die das Ideal der »Familie« hochhält und auf sie ausgerichtet ist. Jede schwangere Person, jeder Kinderwagen, jeder Familiengottesdienst ist für Wunscheltern eine Erinnerung an das, was ihnen nach eigenem Verständnis fehlt.

12.1.1 Wahrgenommene »Ungerechtigkeit«

Als besonders herausfordernd beschrieben Wunscheltern die Situation, in denen Verwandte, Bekannte oder Familienmitglieder eine Schwangerschaft verkündeten. Im Empfinden der Wunscheltern war dies andauernd der Fall – Nadine gab an, es seien um die 50 Kinder in ihrem Umfeld geboren worden während ihrer Kinderwunschzeit, gemäss Sabine seien es bis zu zwölf Frauen im Bekanntenkreis gewesen, die gleichzeitig in Erwartung gewesen seien, und Jana beschrieb ihre Wahrnehmung rückblickend als »es war eine nach der anderen schwanger, schwanger, schwanger [...] wieso seid ihr alle schwanger?«. Viele Wunscheltern werfen sich selbst vor, sich nicht angemessen für die werdenden Eltern freuen zu können (vgl. dazu auch Imeson/McMurray 1996: 1017). Diese Schuldgefühle existierten neben Gefühlen der Unfairness oder gar der Missgunst den werdenden Eltern gegenüber. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn die Wunscheltern der Auffassung waren, die werdenden Eltern hätten dieses Glück weniger verdient als sie selbst: wenn es sich etwa um die deutlich jüngeren Geschwister handelte (Olivia, Rahel, Nadine), um Personen, die eigentlich gar nie Kinder haben wollten (Olivia, Nadine), um Paare, die sich noch gar nicht lange kennen und keine gefestigte Beziehung führen (Rahel, Bianca), die »einfach nicht richtig verhüteten« und das Kind entsprechend nicht »geplant« war (Vera, Anja und Tim) oder die der Einschätzung der Wunscheltern nach keine »guten Eltern« wären, weil sie schlecht mit den Kindern umgehen oder einen ungesunden Lebensstil pflegen (Lea). Damit kann das vorliegende empirische Material andere Studien bestätigen. Auch in den Studien von Daniluk (1996: vgl. 86), Roudsari/Allan/Smiths (2014: vgl. 117–121) und Whiteford/Gonzalez (1995: vgl. 32) gaben die Befragten an, Schwierigkeiten damit zu haben, Menschen in ihrem Umfeld Eltern werden zu sehen – v.a., wenn es sich dabei ihnen zufolge um weniger »gute« Menschen handelte als sie selbst es seien oder sie das Gefühl hatten, sie würden ihre Kinder nicht gut behandeln. Diese Vergleiche auf moralischer Ebene können als Resultat

2 Das diskursive Konstrukt der »Unfruchtbaren« hingegen wird im Ethik-Kapitel besprochen (Kapitel 4). Das insbesondere in den Medien entworfene Bild, »Unfruchtbare« seien selbst schuld an ihrer Situation, die Versinnbildlichung einer Reaktion der Natur oder ihre Situation sei gar gutzuheissen aufgrund einer angenommenen Überbevölkerungsproblematik, verstärkt die Vulnerabilität von Wunscheltern als Forschungssubjekte.

dessen verstanden werden, dass Wunscheltern eine nachvollziehbare Begründung dafür fehlt, warum gerade sie von Unfruchtbarkeit betroffen sind. Wie unter 8.4.2 ausgeführt, geht mit dieser Frage häufig eine Selbstreflexion darüber einher, ob sie womöglich selbst schuld sind an der Situation – etwa, weil sie zu lange mit der Familiengründung gewartet, sich hinsichtlich ihres Lebensstils nicht korrekt verhalten oder sie es schlicht »nicht verdient« haben, Eltern zu werden. Durch den Vergleich mit anderen und aus Sicht der Wunscheltern moralisch weniger integrierender Personen perpetuiert sich das Gefühl der Ungerechtigkeit.

12.1.2 Verlust von Peers

Die Elternwerdung impliziert eine Veränderung der Beziehung zwischen befreundeten Personen, wenn eine davon kinderlos bleibt. Unabhängig davon, ob diese Kinderlosigkeit gewollt ist oder nicht, können Personen ohne Kinder zu einem bestimmten Zeitpunkt eine soziale Exklusion erfahren. Diese ist dadurch bedingt, dass sich der Alltag von Eltern durch die Geburt des ersten Kindes stark verändert (vgl. zur Veränderung der Beziehung zu Peers Barclay et al. 1997: 727; Ellis-Sloan/Tamplin 2019: 208; Gottlieb/Pancer 1988; Whiteford/Gonzalez 1995: 35). Der Fokus auf den Nachwuchs durchdringt alle Lebenslagen, von den Gesprächsinhalten bei alltäglichen Kaffeetreffen bis hin zur Frage, wie man Feiertage verbringt:

da waren alles Mütter, die mit ihren Babys unterwegs waren, oder Kleinkindern, und worum drehen sich die Themen? (1) also bei jedem Kaffeetreffen oder bei allem, was du machst, entweder ist ein kleines Kind dabei oder man muss wieder am Boden sitzen, weil sie am Spielen sind oder die Mutter muss weg, um stillen zu gehen und so (Sonja)

manchmal war die Frage, was machen wir an Silvester, wer kann mit uns, mit dem wir uns einigermassen verstehen und wohl fühlen, irgendwie diesen Abend verbringen, ohne dass wir dauernd mit dem Thema konfrontiert sind (Nadine)

Wer bis zu einem gewissen Zeitpunkt nicht Eltern geworden ist, ist daher »excluded not only from the generational move, but also from the intra-generational community of age-mates and peergroup« (Tjørnhøj-Thomsen 2005: 77).³ Elternsein dient in vielen gesellschaftlichen Kontexten als Schlüssel, der den Zugang zu sozialen Orten gewährt. Die Erfahrung von Schwangerschaft, Geburt, Elternwerdung sowie Erziehung macht Menschen untereinander anschlussfähig füreinander und bietet sogar unter Peers, die sich vorher nicht kannten, Gesprächsstoff. Ausserdem kommen Eltern durch ihre Kinder in Kontakt mit anderen Eltern, etwa im Kontext von Schule oder Sportvereinen – auch hiervon sind Kinderlose ausgeschlossen (vgl. ebd.: 77f. und Letherby 2012: 14). Der Ausschluss

3 So beklagt eine *gewollt* kinderlose (»kinderfreie«) Podcasterin: »Ich spürte eine Trauer darüber, dass ich etwas nicht will, das andere aber so fest wollen [und dass] meine Freundinnen [...] Dinge erleben werden, wovon ich nicht Teil sein werde« (online verfügbar unter: <https://expectations.ch/podcast/rahels-geschichte/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025). Das Trauergefühl bezieht sich also auf die Erkenntnis der eigenen (selbst gewählten) sozialen Andersartigkeit und den unvermeidbaren Verlust von Peers.

bezieht sich auch auf ein Absprechen von Wissen und Erfahrung. So berichtet Sonja, dass ihr als Nicht-Mutter *explizit* abgesprochen wurde, verstehen zu können, wie intensiv ein Leben mit Kindern sein kann:

[der eine Vater sagte] »du verstehst das nicht, dass man mehr Zeit braucht, weil ein Kind mehr Zeit braucht« oder so und es ist dann eher so ein wenig, also ich habe mich dann eher (1) noch mehr daneben, also nicht zugehörig gefühlt (Sonja)

Indem Sonja Unverständnis zugeschrieben wurde, wurde sie performativ von der Gruppe der Involvierten ausgeschlossen: »[the] failure to reproduce appeared [...] to disqualify them as members of an ›in-group« (Miall 1985: 391).

Ist die Kinderlosigkeit ungewollt, erfährt diese (gefühlte) Exklusion eine besondere Brisanz. Wunscheltern selbst verstärken die Exklusion, indem sie sich teilweise aktiv zurückziehen, um sich dem Gefühl der Ausgeschlossenheit in sozialen Situationen nicht permanent aussetzen zu müssen. Greils (1991) Befund, dass sich Betroffene von sozialen Interaktionen mit Schwangeren und Müttern zurückziehen (vgl. 141f.), konnte im vorliegenden Datenmaterial bestätigt werden. So beschreibt etwa Rahel, dass sie befreundeten Eltern teilweise absage, wenn sie die Situation gerade nicht ertrage:

ich habe mich halt ziemlich [Original: rächt] zurückgezogen, weil ich einfach merke, dass es mir einfach nicht guttut, weil einfach sehr viele halt schon Kinder haben und, (3) ja, und dann, das ertrage ich irgendwie einfach nicht, [...] ich merke, ich muss irgendwie, ich weiss auch nicht, andere Sachen machen, oder ich sage dann den Leuten auch ab und so, weil ich einfach finde, wenn Kinder dabei sind, ertrage ich es einfach nicht (Rahel t1)

Hinzu kommt, dass sich viele involvierte Freund:innen und Verwandte schwertun, Wunscheltern von ihrer Schwangerschaft zu berichten, oder diese sogar vor ihnen geheim halten (vgl. auch Imeson/McMurray 1996: 1019). Die Kinderwunschcoachin Nicole Regli beispielsweise verbalisierte dieses Gefühl: »ich bin dann in dieser Rolle gewesen, ich habe mich fast nicht getraut zu sagen ›ich bin schwanger«, [...] weil ich hatte wirklich ein schlechtes Gewissen, dass ich so schnell schwanger werde«. ⁴ Auch Jana berichtet davon, wie eine Freundin sowie eine Verwandte ihres Mannes sich kaum getraut haben, ihr von ihren Schwangerschaften zu erzählen:

eine Kollegin, die dann schwanger wurde, hatte immer mega Angst zu mir zu kommen und das zu erzählen, (1) das ist mir auch noch geblieben, also das war irgendwie schon ein wenig traurig, weil eigentlich ist es ja ein freudiges Erlebnis [...], dann ist die Cousine von meinem Mann, die kam und hat gesagt sie sei schwanger und dann hat sie zu weinen [Original: brüele] angefangen, sie sei am Tag vorher schonmal bei mir vor der Haustür gestanden, aber sie sei dann wieder gegangen, weil sie Angst gehabt habe, wie ich reagiere (Jana)

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

Janas Ausführungen machen deutlich, dass diese Umgangsform von (werdenden) Eltern für Wunscheltern zusätzlich belastend sein kann. So wird ihnen dadurch vor Augen geführt, dass sie durch ihren Zustand negative Gefühle wie Angst oder ein schlechtes Gewissen bei ihren Freund:innen auslösen können. Sie müssen es mit ihrer Betroffenheit gewissermassen zusätzlich noch verantworten, dass dem »freudigen Erlebnis« für werdende Eltern auch eine »ein wenig traurige« Komponente innewohnt. Ähnliches berichtete auch eine Interviewpartnerin von Miall (1985). Deren Betroffenheit führte zu einer negativen Atmosphäre in einer Gruppe von Müttern, weil niemand wusste, wie man adäquat mit ihrem »Defizit« umgehen sollte (vgl. 390). Diese Schuldgefühle benennt Goffman (1986) als typisch für Personen mit einem Stigma: »He [the stigmatized] can also feel badly about having put us [the normals] in a position to feel guilty about embarrassing him« (64).

Auch kommt es vor, dass die Eltern mit ihren befreundeten Wunscheltern kaum über ihren Nachwuchs sprechen, sobald dieser geboren ist, und sich zurückziehen. Das zeigt sich an Anjas Ausführungen:

am Anfang hat sie [meine Schwester] mir eigentlich nie erzählt, wie es ihrem Kind geht, also sie [...] hat mir nichts gesagt und sie hat immer, also ich habe dann über meine Mutter erfahren, so wie weit ist sie, was macht sie und, und, ähm, ich hab ihr dann mal gesagt »hey, du musst mir das sagen, (1) ich will nicht, dass du dein Kind versteckst, weil du weisst, dass es mich betrifft und dass es mich vielleicht auch traurig macht, dass du eines hast und ich keines, aber, ja, das Kind soll da sein und das darf in der Familie sein und dass du schwanger bist, das, (1) das darfst du auch feiern und das, ja, da möchte ich auch teilhaben« (Anja)

Die Überlegungen und Handlungen, Wunscheltern nicht ständig an ihre ungewollte Kinderlosigkeit zu erinnern, werden von ihnen zwar als gut gemeint, nicht jedoch als zielführend wahrgenommen. Viel eher verursachen sie, dass Wunscheltern noch stärker ausgeschlossen und in eine Opferposition gerückt werden und ihnen abgesprochen wird, selbst darüber zu entscheiden, wie stark sie in das Leben ihrer befreundeten Eltern involviert sein möchten.

12.1.3 Vernetzung als Ressource

Weil aus der Perspektive der Wunscheltern so übermässig viele Personen in ihrem Umfeld schwanger sind und Eltern werden, kann für sie der Eindruck entstehen, dass sie mit ihren Problemen allein sind. Dadurch kann ein Gefühl der Einsamkeit ausgelöst werden, wie die folgenden beiden Interviewausschnitte illustrieren:

damals war das für mich ein ganz, ganz schwieriger Prozess emotional und auch körperlich und ein sehr einsamer Prozess hab ich es empfunden (Céline)

in JEDER Broschüre steht, so und so viele Paare, jedes siebte glaube ich in der Schweiz ist ungewollt kinderlos, WO sind denn die? ich will mal merken, dass ich nicht die einzige bin (Sabine)

Dieses Gefühl sowie das von Sabine beschriebene Bedürfnis, zu »merken«, dass man selbst nicht »die einzige« betroffene Person ist, war für sehr viele Interviewte ein Treiber für die Vernetzung mit anderen Wunscheltern, etwa im Kontext von Online- oder Offline-Selbsthilfegruppen. Fiona beispielsweise berichtet, dass ihr erst durch den Kontakt mit anderen Frauen in der Fertility-Yoga-Gruppe bewusst wurde, »dass es noch andere gibt« und sie in ihrer Abweichung von der Norm gar nicht alleine dasteht:

ich habe sehr oft das Gefühl halt (1) wirklich alleine zu sein, [...] in der [Yoga-]Gruppe wusste ich dann, dass es noch andere gibt (Fiona)

Neben Fiona suchten auch Lea, Jana, Bianca, Julia und Lukas, Sonja und Markus, Sabine, Nadine, Fiona, Daniela und Fabian, Vera sowie Rahel nach Austausch mit anderen. Es hat sich gezeigt, dass diese auf Austausch und Vernetzung ausgerichteten Gruppen in zwei Typen klassifiziert werden können. Bereits im 11. Kapitel wurde der erste Typ ausgeführt, der sich an akut von einem unerfüllten Kinderwunsch Betroffene richtet – also insbesondere an Paare, die derzeit Kinderwunschbehandlungen in Anspruch nehmen. Der Austausch mit anderen Betroffenen kann für Wunscheltern eine Ressource darstellen, weil er ermöglicht, sich einerseits medizinisch-fachliches Wissen anzueignen, andererseits aber auch gemeinsam Erfahrungen diskutiert und eingeordnet werden. Dadurch fühlen sich viele eher verstanden und in ihren Gefühlen validiert als durch die Interaktion mit Akteur:innen der fruchtbaren Welt. Der zweite Typ dieser Gruppen richtet sich nicht nur an akut Betroffene, sondern auch an Personen, die mit ihrem Kinderwunsch bereits abgeschlossen haben und als Paar ohne Kinder leben. Auch kinderlose Paare, die sich nicht mehr im »gebärfähigen Alter« befinden, nehmen ihre soziale »Andersartigkeit« nach wie vor wahr. Sich in einer Gruppe aufzuhalten, in der Kinderlosigkeit die Norm bzw. das Zugangskriterium darstellt, kann für sie langfristig eine Ressource darstellen. So beschreibt Sonja, wie sie den Austausch mit anderen Kinderlosen als empowernd erlebt:

[wir können] zusammen etwas unternehmen und es hat keiner Kinder, das Thema Kinder ist eigentlich, äh, es geht nie um Kindererziehung, es geht nie um Windelwechseln, es geht nie um Kleiderkaufen, es geht nie um Schulprobleme, wir haben alle keine Kinder (Sonja)

Für akut Betroffene sowie für kinderlose Paare, die mit ihrem Kinderwunsch abgeschlossen haben, stellt es einen Vorteil dar, wenn die Gruppe konstant bleibt. Wenn die Mitglieder solcher Netzwerke wissen, dass die jeweils anderen ihre Kinderlosigkeit akzeptiert haben, müssen sie nicht darum fürchten, dass sie plötzlich wieder austreten. Die geringe Fluktuation ermöglicht die Etablierung von Beziehungen in Form von Freundschaften. In Gruppen, die sich vor allem an akut Betroffene richten, kann es jederzeit geschehen, dass jemand schwanger wird. Damit – oder allerspätestens mit der Geburt eines Kindes – gehören die (werdenden) Eltern endgültig nicht mehr zur Gruppe der sozial Devianten, sondern sind »Mitglied« der fruchtbaren Welt geworden. In der von Sonja, Markus, Daniela und Fabian gegründeten Gruppe wird dieser Übergang durch einen performativen Akt begleitet – es gibt eine offizielle Verabschiedung dieser Personen, »weil sie DÜRFEN

ja auch nicht mehr kommen« (Fabian). Für die »Zurückgebliebenen« ist dies potenziell jedes Mal schmerzhaft, wie Nadine und Bianca ausführen:

es ist einfach jedes Mal jemand, der mitgeföhlt hat oder mit dem du etwas geteilt hast, der danach wegfällt, und das macht sehr einsam (Nadine)

ich hatte auch eine in der Gruppe, die, (1) äh, (2) die wurde vor mir schwanger und ich weiss ganz genau, obwohl die einen Kinderwunsch hatte, es ist, es ist genau (1) klar, man weiss irgendwie, sie hatte auch, oder sie versteht einen, aber es ist trotzdem schwierig (Bianca)

Die Situation kann auch für diejenigen, die die »liminale Phase« verlassen und in die fruchtbare Welt »eintreten« (vgl. 7.5), herausfordernd sein. Lea beschrieb, dass die meisten Schwangeren Angst (»Schiss«) hätten, den Wunscheltern mit ihrer Anwesenheit oder Kontaktanfrage »weh [zu] tu[n]« (t2). Auch Jana und Bianca beschrieben Unsicherheiten im Umgang mit ihren ehemaligen Leidensgenossinnen – sie würden ihnen ihr Glück nicht »unter die Nase reiben« wollen (Jana). Gleichzeitig scheint das Bedürfnis nach Austausch mit akut Betroffenen relativ abrupt zu enden. In Janas Ausführungen lässt sich dies besonders gut nachzeichnen. Im folgenden Interviewausschnitt berichtet sie von einer ehemaligen Leidensgenossin, die auch nach Janas Schwangerschaft noch Kontakt zu ihr aufrechterhalten wollte. Deren Fokus auf das Thema Kinderwunsch, welcher für Jana nicht mehr akut war, empfand diese nunmehr als störend:

es geht bei ihr halt irgendwie nur ausschliesslich um das [Thema Kinderwunsch], was ich total nachvollziehen kann, aber ich mag es wie nicht mehr ertragen [Original: ich mags wie nüm verlide], es hat mir schon während der Schwangerschaft gereicht [Original: ahgfrage gnüegele], davor bist du ja voll im Thema drin und voll in diesem Gang und du schaust nicht nach links und nicht nach rechts, sondern du siehst nur noch dein Kind, das irgendwo am Ende des Ganges steht und du willst dorthin gehen, aber wenn du schwanger bist, bist du ein wenig aus dem Ganzen draussen und schaust auch mal ein wenig links und ein wenig rechts (Jana)

Mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und der Pflege eines Säuglings sind ehemalige Wunscheltern mit anderen Themen beschäftigt als Wunscheltern, »irgendwie bist du an einem anderen Ort«, wie Nadine es ausdrückt. Als Personen, die nun selbst Mitglieder der fruchtbaren Welt sind, gelangen sie zu einer neuen Perspektive auf das Thema, und halten es womöglich nicht einmal mehr aus, sich damit auseinanderzusetzen (»ich mag es wie nicht mehr ertragen«). Die Aufrechterhaltung des Kontakts ist daher erschwert, wenn die Beteiligten nicht mehr den gleichen Fokus teilen. So beschreibt Nadine, dass sie sich weiterhin mit ehemaligen Mitgliedern der Wunscheltern-Gruppe austauscht, die zu einem ähnlichen Zeitpunkt wie sie schwanger wurden.

Die Ausführungen zeigen die Relevanz der »fruchtbaren Welt« im Erleben von Wunscheltern. Die »Welt« ist aus ihrer Perspektive binär aufgeteilt in Betroffene und Nicht(-mehr)-Betroffene. Sowohl Wunscheltern wie auch ehemalige Wunscheltern machen die Erfahrung, dass es nicht möglich ist, beiden »Welten« anzugehören. Gleichzeitig beschrieben ehemalige Wunscheltern, die zum Zeitpunkt des Interviews

schwanger oder Eltern waren, dass sie ihre Vergangenheit als Mitglieder der »unfruchtbaren Welt« nie ganz loswerden können. Nadine, Rahel und Jana gaben an, dass das Alter ihrer (zukünftigen) Kinder sie permanent daran erinnere, wie lange sie für die Erfüllung ihres Kinderwunsches gebraucht hätten. Die Kinder ihrer Peers kommen bereits in den Kindergarten (Nadine) oder haben schon ein oder mehrere Geschwister (Jana und Rahel). Das kann in ihnen das Gefühl verursachen, anderen hinsichtlich des »normative life-course« (Earle 2014: 151) hinterherzuhinken. Das bringt Rahel (t2), die zum Zeitpunkt des zweiten Interviews schwanger war, auf den Punkt: »Mann ey, wir sind schon verdammt in Verzug [Original: huere hinedri]«. Als Frau, die mit fast 40 das erste Mal schwanger wird, bleibt ihre Andersartigkeit durch das Stigma der »alten Mutter« gewissermassen für immer bestehen.

12.2 Nach der Enthüllung

Reaktionen aus der fruchtbaren Welt

Für alle Wunscheltern wurde die Frage relevant, ob bzw. mit wem sie ihre gegenwärtige Situation, ihre »Geschichte«, ihre momentanen Gefühle, Gedanken und Ängste teilen und wem sie sie bewusst verschweigen. Diese Auseinandersetzung beschreibt auch Goffman hinsichtlich der »Enthüllung« eines für andere nicht sichtbaren oder unmittelbar erkennbaren Stigmas: »to display or not to display; to tell or not to tell; to let on or not to let on; to lie or not to lie; and in each case, to whom, how, when, and where« (Goffman 1986: 42). Diese Ambivalenz, die Goffman allgemein auf Stigmata bezieht, lässt sich auch auf Wunscheltern übertragen: »Infertile women and couples experienced the double bind of wanting to share information but also feeling that it might be better to withhold it« (Sandelowski 1993: 80).

In den Interviews benannten die Wunscheltern verschiedene Motivationen, mit ihrem nahen Umfeld über ihre Situation zu sprechen. Bereits im Ethik-Kapitel (Kapitel 4) wurde erläutert, dass es einen therapeutischen Effekt haben kann, wenn Individuen über eine als belastend erlebte Situation *sprechen*. Dies ist mitunter ein vermuteter Grund, warum so viele Wunscheltern bereit dazu waren, sich für dieses Buch interviewen zu lassen und mir Einblicke in so intime Bereiche ihres Lebens zu gewähren. Anders als im geschützten Rahmen einer qualitativen Interviewsituation stossen Wunscheltern mit ihren Erzählungen in der »fruchtbaren Welt« jedoch auf Reaktionen, die nicht immer antizipiert werden können. So wurden in den Interviews auch Gründe benannt, ihre Situation gerade *nicht* mit anderen zu teilen, oder aber es wurde ausgeführt, warum sie es (teilweise) bereuten, so offen darüber gesprochen zu haben. Im Folgenden soll daher ausgeführt werden, wie Wunscheltern die Interaktion mit nahestehenden Personen⁵ so-

5 Dazu gehören auch die eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern. Interessanterweise waren diese aber verhältnismässig selten Thema in den Interviews, sie wurden häufiger exmanent von mir als immanent von ihnen eingeführt. Die meisten Eltern waren involviert in die Situation und teilweise auch beteiligt an der Finanzierung der reproduktionsmedizinischen Eingriffe (Jana, Olivia), schienen jedoch nicht oder nicht bewusst massgeblichen Einfluss auf Entscheidungsfindungsprozesse gehabt zu haben. Gleichzeitig gibt es im Datenmaterial vereinzelt Hinweise darauf, dass die Involvierung der Eltern eine besondere Bedeutung hat. Sie sind nämlich potenziell in ihrer eigenen

wie mit Personen, mit denen sie täglich interagieren (insbesondere im Arbeitskontext) erleben und selbst aktiv gestaltet haben. Dabei wird sich zeigen, dass Wunscheltern das Verhalten von Akteur:innen des fruchtbaren Umfelds nicht nur, jedoch überwiegend negativ darstellen – als unsensibel und übergriffig. Situationen, in denen Freund:innen und Verwandte erwünschte Verhaltensweisen zeigten, nahmen in den Interviews deutlich weniger Raum ein.⁶

12.2.1 Positiv und negativ erlebte Aspekte der Offenheit

Erzählen als Ressource

Einige Wunscheltern, darunter insbesondere Fiona, Rahel, Nicole und Lorena, erlebten es stellenweise als eine Ressource, in ihrem Umfeld offen über ihre Situation zu kommunizieren. Das bezieht sich erstens darauf, dass sie mehr Verständnis als erwartet erfuhren, wenn sie aufgrund von Terminen in der Kinderwunschklinik vom Arbeitsplatz fernbleiben mussten (v.a. Fiona und Rahel). Eine IVF gibt den Alltag für die Inanspruchnehmenden (insbesondere die weiblichen) sehr stark vor, weil die vorgegebenen Zeitpunkte für das Setzen von Hormonspritzen sowie Termine vor Ort in der Klinik keinen Aufschub dulden. Umgekehrt erfuhren die Frauen in Gerrits' (2016) Studie, die ihre Situation dem Arbeitgeber gegenüber verschwiegen, gemäss eigener Angaben einen zusätzlichen Stressfaktor (vgl. 257). Zweitens erfuhren einige der Wunscheltern durch das offene Kommunizieren emotionalen Zuspruch. Ihnen wurde »Stärke«, »Mut« oder »Toughness« zugeschrieben, dass sie sich getrauten, so offen über ihre Situation zu sprechen. Das beschrieben Rahel und Fiona:

irgendwann hat sie [eine Freundin] mich halt dann umarmt und hat gesagt, sie finde, ich sei mega stark und mega tough, dass ich das alles mit durchmache und so, und das ist ja dann schon mega schön (Rahel t1)

es gab auch solche [Original: söttig], die meinten [Original: wo gfunde händ] »hey, es ist wirklich mega schön, dass du das gesagt hast und weisst du, mir geht es genau gleich und ich würde mich nie trauen, darüber zu sprechen, aber es, eben, es tut gut zu wissen, dass es noch jemand anderen [Original: öpper anders] gibt« und (2) das fand ich dann auch schön, dass das, ähm, für die eigentlich auch gut getan hat (Fiona)

Wahrnehmung *selbst* vom unerfüllten Kinderwunsch ihrer Kinder betroffen – sie werden womöglich *nicht* Grosse Eltern. Rahel (t2) erwähnte in diesem Zusammenhang ihren Schwiegervater, der vor ihr sein Bedauern aussprach, dass seine Familie nicht »weitergetragen« würde. Vereinzelt äusserten Wunscheltern diesbezüglich auch ein schlechtes Gewissen ihren Eltern gegenüber (insbes. Rahel und Nicole, vgl. dazu auch Jennings 2010: 223f.; Whiteford/Gonzalez 1995: 30; 34).

- 6 Dies lässt sich vermutlich auch psychologisch erklären. Baumeister et al. (2001) erläutern, dass »[b]ad emotions, bad parents, and bad feedback have more impact than good ones, and bad information is processed more thoroughly than good« (323). Es ist also sehr wahrscheinlich, dass Wunscheltern in der Interviewsituation negativ erlebten Reaktionen verhältnismässig viel Aufmerksamkeit zuteil kommen liessen (vgl. zum »negativity bias« z.B. Gazzo Castañeda/Richter/Knauff 2016).

In Fionas Ausführungen wird zusätzlich deutlich, dass mit dem Ansprechen des Themas eine Sichtbarkeit und damit eine kurzfristige Enttabuisierung einhergehen kann. Öfter als von den Interviewten erwartet ergab sich die Situation, dass das Gegenüber berichtete, selbst Ähnliches erlebt zu haben. Auch Lorena spricht dies an:

wenn man angefangen hat im Umfeld einmal so ein wenig zu reden, (1) ich glaube, (1) 50 Prozent der Frauen, mit denen ich da so, mit Kolleginnen, mit denen ich zu reden [Original: schwätze] angefangen habe, haben genau das Gleiche erzählt, [...] wirklich fast jede zweite »ahja, bin ich auch gerade dabei« oder »ahja, das hatten wir auch«, [...] das hat auch geholfen (1) zu realisieren »aha, ja gut, also es ist jetzt nicht so [aussergewöhnlich]« (Lorena)

Es scheint eine emotionale Entlastung mit sich zu bringen, wenn Wunscheltern vor Augen geführt wird, dass sie nicht die einzigen Betroffenen sind. Es kommt zu einer Selbstkorrektur ihrer bisherigen Wahrnehmung der Umwelt: Diese ist womöglich gar nicht so »fruchtbar«, wie sie es ihnen bisher erschienen ist. Dasselbe gilt für das Erleben von reproduktiven Verlusten. Wie in Kapitel 10.2 ausgeführt wurde, erleben Betroffene solche in der Regel als individuellen Schicksalsschlag (und nicht als Ergebnis eines statistischen Zufalls). Der Austausch mit anderen kann Betroffenen aufzeigen, dass Fehlgeburten und andere reproduktive Verluste nichts Aussergewöhnliches darstellen. Das äussert beispielsweise Nicole:

und dann habe ich das einmal bei einer Kollegin gesagt gehabt »phu, ich hatte eine Fehlgeburt« und dann sagt sie »ah, mach dir keine Sorgen, das ist normal, das hat fast jede, ich hatte das auch, ich habe jetzt zwei Kinder, ich hatte drei Fehlgeburten« [...] dann habe ich verstanden [Original: gfunde] »aha, es ist etwas Normales«, ähm, gut, das hat mich schon wie beRUHlgt (Nicole)

So lässt sich festhalten, dass die Offenlegung ihrer Situation für Wunscheltern *dann* eine Ressource darstellt, wenn sie dadurch Verständnis oder Empathie erfahren (etwa vom Arbeitgeber oder von Freund:innen), ihnen positive Attribute (wie »Mut«) zugeschrieben werden oder wenn sie dadurch die Erfahrung machen, dass sie gar nicht (wie angenommen) die einzigen Betroffenen im sozialen Umfeld sind. Etwas ambivalenter verhält es sich, wenn Wunscheltern mit einem aufklärerischen Impetus von ihrer gegenwärtigen Situation berichten.

Aufklären als ambivalente Erfahrung

Viele Wunscheltern verwiesen in den Interviews auf ein ausgeprägtes Bedürfnis nach einer aufgeklärteren Gesellschaft hinsichtlich verschiedener Aspekte eines unerfüllten Kinderwunsches. Dazu gehört allem voran das Wissen darum, dass Unfruchtbarkeit genauso als Problem *existiert* wie dies bei ungeplanten Schwangerschaften der Fall ist. Das verdeutlicht ein Ausschnitt aus dem Interview mit Maria:

MIR ist es wichtig, dass man eben die Leute ein wenig über solche Sachen aufklärt, (1) also ich habe, bis ich angefangen habe, mich damit zu befassen, hatte ich immer das Gefühl »ja es ist doch ganz einfach, Kinder zu bekommen« (Maria)

Diesem Wunsch nach einer aufgeklärteren, aufs Thema Kinderwunsch sensibilisierten Umwelt begegnen einige der Wunscheltern, indem sie Erwartungen an gesellschaftliche Akteur:innen stellen, die sie als dafür zuständig erachten – wie insbesondere gynäkologische sowie pädagogische Fachpersonen. Das äussern Lorena und Rahel (t1) beispielhaft:

ich finde, man könnte das einfach im Aufklärungsunterricht einmal thematisieren, [...] also ich kenne mehr Frauen, die unfreiwillig nicht schwanger sind wie Frauen, die unfreiwillig schwanger sind (Lorena)

ja, vielleicht wünschte ich mir einfach, dass vielleicht die Gynäkologen vielleicht ein wenig mehr, äh, sensibilisiert sind, wie sie mit ihren Patienten vielleicht reden sollen oder aufklären [...], ich finde, vielleicht sollte man auch schon in der Primarschule mal, mal die Kinder ein wenig aufklären (Rahel t1)

Einige Wunscheltern gingen einen Schritt weiter, indem sie ihrem *eigenen* Handeln eine aufklärerische Bedeutung zuschrieben. Sie tun dies beispielsweise, indem sie ihre Geschichte in Dokumentarfilmen⁷, Podcasts⁸ oder auf Social Media⁹ schildern oder indem sie in ihrem Bekanntenkreis darüber erzählen, was ihnen gegenwärtig widerfährt. Im Datenmaterial von Grunberg et al. (2021) zeigt sich beispielhaft, wie Wunscheltern dieses Engagement erleben können. Eine Frau schrieb in einem Online-Forum: »It's still a bit taboo. So it's tricky to educate others of the facts and the emotional difficulties ... And yet ... How else would this become more common knowledge?« (5) In dieser Aussage schwingt eine Ambivalenz mit: Ein »taboo« zu brechen kann einerseits als empowernd erlebt werden, weil man damit eine gesellschaftliche Veränderung anstösst oder zu ihr beiträgt. Andererseits fehlt gemäss der Wahrnehmung von Wunscheltern auf Seiten der Unbeteiligten gerade aufgrund der Tabuisierung häufig jegliche Form von Empathie und Sensibilität, was wiederum belastend sein kann. Auch Lea (t1) und Vera (t1) äussern diese Ambivalenz:

ich habe mich wirklich recht auch jetzt in den letzten Jahren mega zurückgezogen mit wem dass ich was erzähle und (2), aber [ich möchte] halt auch sensibilisieren, dass (1) ja, dass man aufpassen muss mit gewissen Aussagen, (1) man weiss ja nie, was das Gegenüber erlebt hat, [...] und gewisse Aussagen können einfach mega verletzen (Lea t1)

-
- 7 Vgl. z.B. den Dokumentarfilm »Sehnsucht Kind – Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt« des Schweizer Fernsehens, online verfügbar unter: <https://www.srf.ch/sendungen/dok/sehnsucht-kind-leben-ohne-wunschkind-paare-sprechen-ueber-ein-tabu>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.
 - 8 Vgl. z.B. den Podcast »Expectations – geplant und ungeplant kinderfrei« (<https://www.expectations.ch>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025), den Podcast »Infertilemillennial«, (<https://open.spotify.com/show/77X39ep1uPT9lgqswfH7n>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025) oder den Podcast Mom & Dadjokes (später umbenannt zu »MAD Club«, vgl. <https://momanddadjokes.podigee.io>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).
 - 9 Vgl. z.B. das Instagram-Profil von Anna Adamyan (<https://www.instagram.com/annaadamyant1>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025) oder von Ulla Gerber (<https://www.instagram.com/meineunfruchtbarstage/?hl=de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

man sagt »ja es ist ein Tabuthema«, aber wenn man darüber redet, dann wird man eigentlich ständig verletzt [...], ich wollte es eigentlich nicht tabuisieren, ich wollte offen damit umgehen, aber (2) irgendwie ist der Backlash von den Leuten, die so unsensibel sind, das war dann irgendwann nicht mehr handelbar (Vera t1)

In den Ausführungen zeigt sich das Typische an Tabubrüchen: Durch sie können soziale Akteur:innen Anerkennung erfahren, weil der Tabubruch mit positiven Eigenschaften wie Mut assoziiert wird. Dies war beispielsweise bei Fiona und Rahel der Fall (s.o.), die von anderen bestärkt wurden. Ihnen wird eine hehre und selbstlose Motivation zugesprochen, sie sind »mutig« und »tough«, weil sie über die eigene vulnerable Situation sprechen, das Stigma sichtbar machen und sich gewissermassen selbst ausliefern – sie »opfern sich« für ein »grösseres Wohl«. Gleichzeitig gehen Tabubrüche aber mit dem Risiko einher, dafür sozial sanktioniert zu werden – genau dies beschreiben Vera und Lea, wenn sie von »unsensiblen Reaktionen« sprechen. Dieses Risiko rührt daher, dass es Tabuthemen inhärent ist, dass sie diskursiv wenig sichtbar und das gesellschaftliche Wissen darum entsprechend gering ist – wie es beim Thema unerfüllter Kinderwunsch bzw. Infertilität der Fall ist. Diese Mischung aus generellem Unwissen und Abwesenheit des Themas führt dazu, dass Infertilität als Kondition verstanden wird, welche medizinisch leicht lösbar ist. Dies konstatierte Greil (1991) bereits vor weit über 30 Jahren (vgl. 129). Bis heute hat sich das nicht merklich geändert, was sich am vorliegenden empirischen Material zeigt. Vera etwa präzisiert ihre Ausführung von weiter oben:

sie [eine Freundin] versteht es nicht, also sie hat das Gefühl, es sei alles [die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin] voll lockerflockig easy und, ähm, überhaupt kein Risiko (Vera t2)

Weil sowohl die Erfahrung eines unerfüllten Kinderwunsches als auch die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen nicht als etwas Gravierendes wahrgenommen werden (als »lockerflockig easy«, wie Vera es ausdrückt), fehlt auch eine Legitimierung der Verlust- und Trauergefühle von Wunscheltern. Kurz: Das »Leiden« an einem unerfüllten Kinderwunsch ist sozial nicht anerkannt. Dies lässt sich auch damit erklären, dass es für Unbeteiligte so schwer fassbar ist, was genau denn die Verlust- und Trauergefühle auslöst. Das Objekt der Trauer ist für sie nicht fassbar – »how is it possible to grieve for what one has never had?« (Letherby 2012: 16). Wunscheltern beschreiben dieses Gefühl teilweise sogar selbst, wie es Imeson/McMurray (1996) in ihrer Studie hervorheben. Die Interviewten beschrieben ein Gefühl des »mourning for a death«, ohne dass es »anything physical« gibt (1017). Auch die Soziologin Julia Böcker (2022) griff diese Thematik auf. Sie kontrastiert Fälle, in denen Personen von einer Fehl- oder Stillgeburt betroffen sind mit Fällen von Wunscheltern, und identifiziert einen entscheidenden Unterschied: »Während der Verlust einer Frühschwangerschaft Teilhabe am Diskurs um Sternenerlternschaft ermöglicht, weil sie den Verlust eines Sternenkinds bedeutet, ist der unerfüllte Kinderwunsch »nur« der Verlust einer Hoffnung ohne materielle Substanz« (18, vgl. auch 10.2.3).

So lässt sich folgern, dass die fruchtbare Welt Wunscheltern ihr Leiden aberkennt, weil dieses diskursiv nirgends anschlussfähig ist. Es gibt keine Sprache, kaum zeitliche

oder örtliche Räume und keine Rituale, welche das, was Wunschertern erleben, fassbar machen könnte – und das gehört zu den besonderen und spezifischen Herausforderungen, denen Wunschertern sich stellen müssen.

Reduziert auf das Stigma

Reaktionen aus der »fruchtbaren Welt«, die Lea und Vera explizit als »verletzend« oder »unsensibel« benennen, ist in fast allen Interviews ein Thema. Die wahrgenommene Unsensibilität von Unbeteiligten bezieht sich neben der beschriebenen Aberkennung des Leidens auf die Erfahrung, dass andere sie auf ihren unerfüllten Kinderwunsch reduzieren und sie stets als »die, die nicht schwanger werden können« betrachten (vgl. dazu auch Miall 1985: 391 sowie allgemein zur gesellschaftlichen Reduktion auf ein Stigma Elliott et al. 1982: 287). Das zeigen die Ausführungen von Lea (t1), Bianca und Sonja. Wie immer handelt es sich auch bei dieser Wahrnehmung um eine subjektive Interpretation der Wunschertern. Es kann daher gut sein, dass ihre Beobachtung, dass »alle Augen« auf sie oder ihren Bauch gerichtet waren, vor allem ihre eigene Wahrnehmung der fruchtbaren Welt reflektiert:

alle Augen waren auf einen gerichtet, (t1) und jeder hat nachgefragt (Lea t1)

ich hab's wie, so als hätte ich irgendwie die Tür aufgemacht und hätte es halt reingelassen bei der Arbeit [...], ich hab die ganze Zeit das Gefühl »oh, sie interpretiert jetzt in mein Verhalten ganz viel rein, [...] die denkt jetzt bestimmt, ich sei eifersüchtig« (Bianca)

im Geschäft haben mir alle nur noch auf den Bauch geschaut [...] und eben, dann alle diese Kommentare so spätestens nach einem Jahr [nach der Hochzeit], äh, »bist du nicht schwanger?« (Sonja)

Ob die Akteur:innen der fruchtbaren Welt den Frauen *tatsächlich* immer auf den Bauch geschaut haben oder ihr Verhalten auf ihre Betroffenheit hin analysierten oder ob die Wunschertern dies »nur« so interpretierten, ist sozialwissenschaftlich nicht ausschlaggebend.¹⁰ Wichtig ist, dass viele von ihnen die Entscheidung, ihre Geschichte im Bekanntenkreis und im Arbeitskontext zu teilen, im Nachhinein zumindest teilweise bedauerten. Sie bedauerten die Sichtbarmachung ihres Stigmas, weil es dazu führte, dass sie sich aufgrund der (wahrgenommenen) Reaktionen der anderen noch intensiver dazu verhalten mussten. Anja und Tim beschrieben im Interview, dass sich dies fortsetzte, als Anja schwanger war bzw. ihr Kind geboren worden war. Sie schrieben ihrem Umfeld auch noch während ihrer Schwangerschaft bzw. nach der Geburt zu, sie durch die Brille ihrer ehemaligen Betroffenheit wahrzunehmen. Konkret sagten sie aus, dass sie als »übereif« stigmatisiert worden seien – etwa, weil Anja während der Schwangerschaft strikt auf den Konsum von Alkohol verzichtete oder für ihr Kleinkind ein Gitter

10 Gemäss Goffmans Analyse ist es »typisch«, dass Stigmatisierte eine von der Umwelt vorgenommene Determinierung auf ihr Stigma konstatieren: »minor failings or incidental impropriety may, he feels, be interpreted as a direct expression of his stigmatized differentness« (15).

vor der Treppe montieren wollte. Dies benennt Anja im Interview als »Kehrseite der Offenheit«.

Sabine antizipierte genau diese Situation. Ihr war im Vorhinein bewusst, dass die Sichtbarmachung ihrer Situation vor anderen nicht ohne einen gewissen Preis einhergehen würde. Ab einem gewissen Alter hätten ihre Arbeitskolleg:innen ihr immer auf den Bauch geschaut, auch ohne dass sie jemals mit ihnen über ihren unerfüllten Kinderwunsch gesprochen hätte. Sie führt aus:

ich habe auch gemerkt, im, im Lehrerzimmer sind die Blicke immer auf meinen Bauch, niemand hat direkt gefragt, und da habe ich mich wirklich entschieden, im BERUF mache ich das nicht zum Thema, [...] ich wollte nicht wahrgenommen werden als DIE mit einem Mangel, (1) also weisst du, irgendwie, ich habe wie das Gefühl, man hat dann ein Etikett »ah, die kann nicht schwanger werden« oder so und im beruflichen Umfeld habe ich es niemandem gesagt (Sabine)

Das Beispiel von Sabine veranschaulicht, dass es auch als Ressource gedeutet werden kann, die Informationen über die gegenwärtige Situation in gewissen Kontexten bewusst zurückzuhalten. Die von ihr beschriebenen Blicke auf ihren Bauch waren für sie ein Hinweis darauf, dass die Stigmatisierung nur noch verstärkt würde, würde sie von ihrem unerfüllten Kinderwunsch berichten.

Aberkennung des medizinischen Expert:innenstatus

Mehr noch als die wahrgenommene Reduktion ihrer ganzen Person als »von einem unerfüllten Kinderwunsch Betroffene«, beschrieben Wunscher:innen einen anderen Aspekt, der sich ihnen als »Kehrseite der Offenheit« (vgl. Zitat Anja weiter oben) zeigte. Nahezu sämtliche Interviewten führten aus, wie Freund:innen, Arbeitskolleg:innen und Familienmitglieder ihnen Ratschläge dazu erteilten, wie sie sich in der gegenwärtigen Situation zu verhalten hätten. Ohne Ausnahme wurden diese Ratschläge und Tipps von den Wunscher:innen negativ aufgefasst und im Interview häufig ironisch oder humoristisch kommentiert: »super Ratschläge« (Lea t1), »alle wissen wahnsinnig gut Bescheid« (Fiona), »ALLE wissen, wie man schwanger wird« (Sonja), »Supertipps« (Vera t1), »die gut gemeinten Ratschläge [...] sind dann halt eher Schläge« (Anja) sind nur einige wenige Beispiele. Dass die »Ratschläge« vor allem von Personen kamen, die selbst »daheim eine Stube voller Kinder« haben (Sonja), kommt erschwerend hinzu, weil es die Frage danach eröffnet, wer eigentlich Expert:in der Situation ist: Aus Sicht der Ratschlaggebenden sind gerade sie deswegen die Expert:innen im »Kinderbekommen«, weil sie ohne Probleme Eltern wurden. Aus Sicht der Wunscher:innen jedoch gestaltet sich die Situation gegenteilig. Sie haben sich seit längerer Zeit – womöglich schon seit Jahren oder gar Jahrzehnten – auf verschiedenen Ebenen damit befasst, was die Empfängniswahrscheinlichkeit positiv und negativ beeinflussen kann. Aus dieser Perspektive sind es eindeutig sie selbst, die Expert:innen rund um das Thema Kinderbekommen sind. Dieser Status wird ihnen aber aberkannt, wenn Menschen mit Kindern sie mit ihren Tipps konfrontieren. Vera (t1) macht dies besonders gut deutlich:

ja, die geben einem alle Tipps, obwohl man nichts will <lacht>, sie haben das Gefühl, es können einem alle reinreden und es wissen es einfach alle besser, (1) also es sind plötzlich alles Kinderwunschespezialisten, am besten sind die, bei denen es direkt [Original: grad] geklappt hat, (2) weil die haben das Gefühl, sie haben die Supertipps, obwohl sie, ähm, es gar nicht verstehen können, wie es ist, wenn es halt einfach NICHT klappt (Vera t1)

Die ungewollt erteilten »Tipps« und »Ratschläge« Unbeteiligter, auf die nahezu alle Interviewten verwiesen, bezogen sich alle auf dasselbe Narrativ: So wurden die Wunscheitern immer wieder darauf hingewiesen, sie sollen aufhören, es »zu fest zu wollen«. Semantisch gaben die Interviewten das wieder als »Stress abbauen«, »in die Ferien gehen«, »abschalten«, »einmal entspannen«, »nicht dran denken«, »nicht versteifen«, »sich keinen Druck machen«. ¹¹ Auch andere qualitative Studien identifizierten diese Narrative in Interviews mit Betroffenen (vgl. z.B. Imeson/McMurray 1996: 1019; Miall 1985: 392; Sandelowski 1993: 66).

Bestandteil der Idee, dass »Abschalten« ein gewinnbringendes Vorgehen sein könnte, war häufig auch die Vorstellung, eine Adoption könne das Problem lösen. Julia und Lukas, die zwei Kinder adoptiert haben, wurden damit konfrontiert. Ihnen wurde zugesprochen, dass es nun sicher bald klappen würde mit einem »richtigen« bzw. »eigenen« Kind. Dabei ist die Vorstellung, eine Adoption könne jemanden von seiner Unfruchtbarkeit »heilen«, nicht neu. Tyler May (1998) identifizierte sie bereits im US-amerikanischen medizinischen Diskurs der 1950er-Jahre. Ein Adoptivkind würde, so die Idee, die mütterlichen Instinkte der Frauen hervorrufen, was eine Schwangerschaft begünstigen könne. Ausserdem könnte die Frau nach einer Adoption nicht mehr arbeiten, was ihren Stresslevel senken und damit ihre Empfängnisfähigkeit erhöhen würde (vgl. 205). Auch Greil (1991: vgl. 10; 128) sowie Miall (1985: vgl. 392) konnten in ihren qualitativen Studien in den 1980er-Jahren in den USA das Narrativ feststellen, dass nach der Adoption das »leibliche« Kind folgen würde. Die Idee hat sich bis heute gehalten. Viele fachfremde Bekannte, denen ich von den Arbeiten für dieses Buch erzählte, meinten, mir dies erklären zu können und konnten auf Fälle von Bekannten referieren, bei denen es »genau so« gewesen sei. Der Vorstellung einer Kausalitätsbeziehung zwischen Empfängnisfähigkeit und Stressreduktion scheint ein hohes Mass an Plausibilität zuzukommen. ¹²

11 Miall (1985) machte die Beobachtung, dass insbesondere Wunschmütter den Ratschlag erhielten, sie sollen sich »nicht zu sehr versteifen«, während sich Kommentare in Bezug auf Wunschväter eher auf Techniken beim Sex bezogen. Miall zufolge verweist dies auf traditionelle Rollen von Männern und Frauen beim Geschlechtsverkehr: Die Frau als passive »Empfängerin«, der Mann als aktiver »Performer« (vgl. 393). Gleichzeitig verweist Mialls Beobachtung auf geschlechtertypische Rollen, die bereits im Unterkapitel 11.3 besprochen wurden. Weibliche Unfruchtbarkeit wird diskursiv als emotionales, männliche Unfruchtbarkeit als sexuelles Problem gefasst.

12 Die Vorstellung, dass schwere Krankheiten alleine durch Stress verursacht werden können, gibt es auch im Kontext von Krebs. Das Meinungsforschungsinstitut GfK hat im Jahr 2017 eine repräsentative Umfrage durchgeführt, deren Ergebnis zufolge rund 72 Prozent der Deutschen davon ausgehen, dass Krebs durch psychische Faktoren verursacht werden kann (vgl. <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2017/dkfz-pm-17-43-Psychische-Faktoren-als-Ursache-fuer-Krebs.php>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025). In medizinischen Studien konnte ein solcher Zusammenhang bislang nicht bestätigt werden (vgl. z.B. Lutgendorf et al. 2012).

In diesem Kontext wird auch von der sogenannten »psychogenen Infertilität« gesprochen, also von der Idee, dass Unfruchtbarkeit auch ausschliesslich psychisch verursacht sein kann. Die Semantik des Ausdrucks lässt auf eine wissenschaftliche Perspektive schliessen, wodurch ihm Autorität und Legitimität zugeschrieben werden kann. Tatsächlich findet er sich nicht nur in alternativ-, sondern auch in biomedizinischen Kontexten. Auch hier werden psychische Faktoren als Ursache für eine Unfruchtbarkeit aufgeführt.¹³ Die Idee erweckt daher den Anschein einer biomedizinischen und »modernen« Perspektive auf das Thema, tatsächlich ist sie ebenfalls nicht neu, sondern verweist auf eine historische Kontinuität. Schon in den 1950er-Jahren war das Narrativ sowohl im medizinischen wie auch im populären Diskurs präsent. So titelte das US-amerikanische Magazin »Coronet« bereits im Jahr 1953: »Sterility can be a state of mind« (May 1998: 204), während auch gegenwärtige Ratgeberliteratur Titel tragen wie etwa »Schwanger werden beginnt im Kopf«.¹⁴

Aberkennung des religiösen Expert:innenstatus

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich auf alle interviewten Wunscheltern, unabhängig davon, ob sie sich als gläubig identifizierten oder nicht. Für die befragten Evangelikalen kommt jedoch noch eine zusätzliche belastende Komponente hinzu, wenn sie in ihrem (evangelikalen) Umfeld offen über den Umgang mit ihrem unerfüllten Kinderwunsch sprechen. Nicht nur wird ihnen häufig abgesprochen, medizinisch darüber aufgeklärt zu sein, was die Empfängnis erschwert bzw. erleichtert, sondern auch, die Situation »korrekt« religiös zu deuten. Wie bereits in den Kapiteln 9.1.1 sowie 11.2 ausgeführt, gibt es für Evangelikale auf Fragen, die sie als moralisch herausfordernd einstufen, in der Regel keine einheitlichen Antworten. Vielmehr geht es darum, *individuelle* Lösungen für solche Herausforderungen zu finden, indem auf »Zeichen« geachtet wird, die eine transzendente Entität (»Gott« oder »Jesus«) ihnen im Alltag gibt (vgl. Hoberg 2017a; Liebsch 2001). Insofern kann – in der Theorie – jede:r die Entscheidungen sowie den individuellen Lebensstil rechtfertigen, sofern sie:er glaubhaft machen kann, gemäss Gottes Weisungen zu handeln.¹⁵

Einige der interviewten Evangelikalen berichteten im Interview, dass *andere* Gläubige ihnen absprachen, Gottes Zeichen für sie korrekt zu deuten. Das Ausbleiben einer

13 Vgl. etwa das USZ, das »längere Stresssituationen« neben »starkem Nikotinkonsum«, »hohem Alkoholkonsum« und »Übergewicht« als mögliche Gründe für eine eingeschränkte Fruchtbarkeit aufführt (<https://www.usz.ch/krankheit/unfruchtbarkeit-bei-mann-und-frau/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

14 Tatsächlich wurde eine solche psychogene Infertilität, also ein Zusammenhang des Stresslevels mit der Fähigkeit, schwanger zu werden, in wissenschaftlich durchgeführten Studien nie bestätigt. Das Umgekehrte scheint der Fall zu sein: Ein langandauernder unerfüllter Kinderwunsch führt zu Stress und einer starken Fixierung auf das Thema (umgangssprachlich wird manchmal von einem »Tunnelblick« gesprochen), und nicht andersherum (vgl. Throsby 2010: 245; Tjørnhøj-Thomsen 2005: 76; 88; Wischmann/Schick/Ditzen 2020).

15 Gewisse Lebensentwürfe und Handlungen, darunter beispielsweise gleichgeschlechtliche Beziehungen oder voreheliche Sexualität sind je nach Gemeinde jedoch nur schwer bis hin zu gar nicht legitimierbar, weil sie grundlegenden Moralvorstellungen so stark widersprechen (vgl. Buchard 2014a: 103).

(bleibenden) Schwangerschaft *müsse* seine Art der Kommunikation sein, ihnen mitzuteilen, dass sie keine Kinder haben *sollten*. Nadine und Sabine machten dies explizit:

»es kann nicht Gottes Plan sein«, so (1) »akzeptier doch endlich, dass für euch vielleicht etwas anderes der Plan ist«, weisst du, so ein wenig, ja mehr vielleicht auch Kritik »warum kannst du den Wunsch nicht loslassen?« (Nadine)

wenn ich immer um solche [Original: söttigi] Leute rum bin im christlichen Umfeld, die meinen Glauben limitieren, die sagen »du, (1) nimm [Gottes Plan für euch] einfach an«, wenn wir einfach angenommen hätten, hätten wir diese Kinder nicht (Sabine)

Diese Kommentare haben sich in den beiden Fällen sehr verschieden auf die jeweiligen Frauen ausgewirkt. Nadine reagierte verunsichert. Sie stellte die Erfüllung des Kinderwunsches an die erste Stelle, unabhängig von möglichen Zeichen, die Gott oder Jesus ihr vermittelte. Bei ihr stellte sich nach mehreren Eizellentnahmen (die jedoch alle eine »mindere« Qualität aufwiesen und daher nicht weiter für eine Befruchtung verwendet werden konnten) eine spontane Schwangerschaft ein, die zur Geburt ihres Kindes führte. Viele Fragen darüber, was moralisch richtig oder falsch sei, blieben für sie bis zum Zeitpunkt des Interviews unbeantwortet und beschäftigten sie nach wie vor. Sabine hingegen reagierte ihren eigenen Ausführungen zufolge deutlich selbstbewusster – für sie war klar, dass sie durchaus in der Lage ist, Gottes Zeichen für sie zu deuten. In ihrem Selbstverständnis ist sie auch nie davon abgekommen, entsprechend seines »Planes« gehandelt zu haben. Sabine wurde nach mehreren Jahren des »Glaubens« und Interagierens mit Gott (und ohne medizinische Hilfe) schwanger (»out of the blue«). Dies war für sie ein Beweis für die Legitimität ihrer Handlungen und ihrer religiösen Kompetenz, Gott »richtig verstanden« zu haben.

Auch Sonja, deren Kinderwunsch unerfüllt blieb, handelte im subjektiven Empfinden immer entsprechend des »Planes«, den Gott für sie und ihren Mann Markus vorher-sah. Sie berichtet im Interview ebenfalls davon, dass Unbeteiligte sich mit Kommentaren einmischten, in diesem Fall jedoch in die gegenteilige Richtung, als dies bei Sabine und Nadine der Fall war:

es hat auch jemanden [Original: öpper] gegeben, als ich gesagt habe mit 40, jetzt habe ich das Thema abgeschlossen »schon zu spät, ich habe gebetet, dass du noch Kinder bekommst«, (1) und dann habe ich wirklich einen Moment gedacht [Original: gfunde] so »he, sag mal, wie blöd bist du eigentlich?« entschuldigung [Original: exgüsi], aber, äh »hast du wirklich das Gefühl, wenn Gott mir zeigt ›hey es ist gut, wenn du aufhörst mit dem Thema«, dass ich dann schwanger werde, wo ich eigentlich gar nicht mehr will?« (Sonja)

Genauso wie in den oberen beiden Beispielen hat die Person, auf die Sonja hier verweist, Anteil an ihrer Situation genommen, indem sie ihr ihre eigene Deutung oktroyierte. Sie ging davon aus, dass sie mit ihrem Gebet etwas an Sonjas unerfülltem Kinderwunsch verändern könnte, was ihr selbst womöglich nicht gelungen war. Vor allem aber sprach sie ihr die religiöse Kompetenz ab, das, was Gott ihr »zeigte«, »korrekt« zu deuten.

Insofern zeigt sich das fruchtbare evangelikale Umfeld für Wunscheltern eher als zusätzliche Belastung denn als Ressource. Dies steht im scharfen Gegensatz zum Austausch mit anderen evangelikalen Wunscheltern (sozusagen dem »unfruchtbaren evangelikalen Umfeld«), den die Interviewten als unterstützend beschrieben (s.o.).

12.2.2 Ressourcen im Umgang mit Kommentaren Dritter

Weil alle Wunscheltern mit unliebsamen Kommentaren von unbeteiligten Dritten konfrontiert waren, erarbeiteten sie sich eine Bandbreite an Möglichkeiten des Umgangs mit ihnen. Sie lassen sich wie folgt klassifizieren: Zurückerlangen des Expert:innenstatus durch Kollektivierung, Konfrontation, Vertuschung sowie religiöse Einordnung. Diese Umgangsweisen werden im Folgenden näher ausgeführt.

Zurückerlangen des Expert:innenstatus durch Kollektivierung

Auf die immer wiederkehrende Konfrontation der Wunscheltern mit der Vorstellung, »einfach mal abzuschalten« wäre *das* bewährte Mittel, um schwanger zu werden, reagierten diese wütend, ernüchtert, zynisch, resigniert. Das liegt u.a. daran, dass Wunscheltern damit implizit abgesprochen wird, diese »Tipps« bereits selbst zu kennen und ausprobiert zu haben. In der Folge entwickelten Wunscheltern ein Bedürfnis, sich in performativen Akten zu vergewissern, dass sie selbst Expert:innen ihrer Situation sind und alle anderen – insbesondere Menschen mit vielen biologischen Kindern – Lai:innen bzw. Unwissende. Diese Vergewisserung gelingt im Kollektiv deutlich besser als allein. Ein Beispiel für diese Sicht sind Anja und Tim, die sich der Konfrontation mit Kommentaren Dritter zunehmend als Team stellten:

T: [wir haben] uns gegenseitig immer wieder motiviert gegenseitig, auch so die, die dummen Sprüche und so, das Bullshitbingo oder so gemacht

A: wer sagt die dümmsten Sprüche

T: mhm, wer läuft an den Dümsten ran, (1) und es gibt immer einen, der NOCH dümmere Sachen sagt

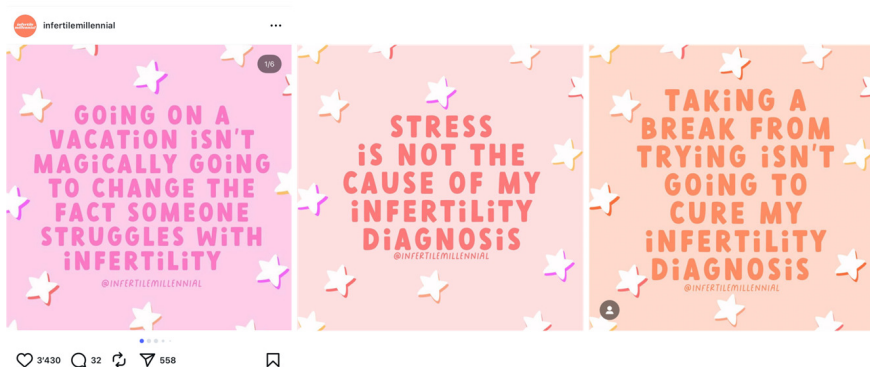
Anja und Tim haben aus ihrer Situation gewissermassen Spiele entwickelt (»Bullshitbingo«, »wer läuft an den Dümsten ran?«), in denen sie vordergründig gegeneinander antreten. Tatsächlich sind die »Parteien« des »Spiels« viel eher sie beide gegen die unwissenden »Dummen«. So erlangen Anja und Tim kollektiv die Deutungshoheit zurück: sie als Expert:innen der Situation, alle anderen als diejenigen, die »Bullshit« von sich geben.

In einem umfassenderen Mass lässt sich diese Strategie der Zurückerlangung des Expert:innenstatus auf Social Media beobachten. Ein Beispiel dafür sind die Posts der Instagram-Seite »infertilemillennial« (62 k Follower, Stand 10.11.2025), die von einer Betroffenen aus den USA betrieben wird.¹⁶

16 Vgl. <https://www.instagram.com/infertilemillennial?igsh=dXkzcnRyNWxpYmMy>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

Die Posts nehmen die erwähnten »Tipps« aus der fruchtbaren Welt auf und geben sie in einer humoristischen Art und Weise wieder (Abb. 4):

Abb. 4: Instagram-Post von »infertilemillennial« vom 30.07.2023



Quelle: <https://www.instagram.com/share/BASUhtiC1>

Das Verhältnis von Design und Inhalt der Nachrichten ist bemerkenswert und erscheint diskrepant: Während der zu vermittelnde Inhalt auf ein ernstes Anliegen referiert, erwecken die bunte Gestaltung, die kindliche Schrift und die ebenfalls kindlich anmutenden Sterne den Eindruck einer simplen und auch für Kinder verständlichen Botschaft. Dies lässt sich damit erklären, dass es bei diesen Posts nur vordergründig darum geht, unbeteiligte Dritte aufzuklären. Das wäre auch kaum möglich, denn die Seite richtet sich an Wunscheltern und wird wahrscheinlich auch hauptsächlich von solchen besucht – sie sind also die tatsächlichen Adressat:innen. Die eigentliche Botschaft ist demnach eine andere: Es geht darum, Akteur:innen der fruchtbaren Welt mittels des kindlich-bunten Designs als naive oder gar ignorante Objekte zu fassen. Durch diese Degradierung geschieht, ähnlich wie Anja und Tim dies mit ihrem »Bullshitbingo« tun, gleichzeitig eine Vergewisserung des Expert:innenstatus der Wunscheltern, die nur funktioniert, weil sie unter sich bleiben. *Sie* sind diejenigen, die die anderen aufklären, und nicht umgekehrt. Bei diesen Posts handelt es sich demnach um eine Reflexion der kollektiven Erfahrung von Wunscheltern und die Abwertung der Kommentierenden als ignorant stellt eine Praxis der empowernden Umdeutung einer selbst erfahrenen Abwertung dar.

Konfrontation

Eine zweite Strategie, die Wunscheltern im Umgang mit solchen Kommentaren entwickeln, besteht in unterschiedlichen Formen der Konfrontation. Anja und Tim, Lea (t1), Jana und Sonja beispielsweise gaben im Interview an, die Personen direkt darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass ihre Kommentare unerwünscht seien. Aufgrund der Häufigkeit der Konfrontation mit diesen staute sich bei ihnen ein hohes Mass an negativen Emotionen an, weswegen sie ihre eigenen Reaktionen als verhältnismässig heftig beschrieben (»ich kann dann manchmal auch fies werden, den Spiess umdrehen«, Lea t1;

»manchmal [bin ich] fast ZU direkt gewesen«, Jana). Auch Sonja beschrieb einen zunehmend aufkommenden Zynismus, den sie mit der Zeit entwickelt habe:

also irgendwann habe ich so einen Zynismus angefangen auch ein Stück weit zu entwickeln, weisst du so, es ist SO viel, die, dann fragen die Leute, äh, »wollt ihr keine Kinder?« oder weisst du, so, und wenn du dann sagst »es klappt nicht«, dann ist so spätestens der 3., 4. Satz gewesen »ja musst halt nicht immer dran denken«, (1) und irgendwann war ich so weit, dass ich den Leuten gesagt habe »ja dann fang DU an, ich habe euch nicht auf das Thema angesprochen, ihr fragt mich, wie soll ich nicht daran denken, wenn mich jeder danach fragt?« (Sonja)

Eine weitere Form der Konfrontation, die Wunscheltern als wirksam erlebten, benennt Goffman (1986) als »double embarrassment«. Dabei geht es um genau diese Situation, in welcher Personen ihr Stigma einer anderen Person gegenüber enthüllen (müssen), weil ihnen eine explizite Frage danach gestellt wurde: »When we do ask such a question a double embarrassment results, ours for being tactless, his for what he has concealed« (64). Vera und Olivia machten sich dies zunutze. Indem sie dem Gegenüber die sensible Information über sich selbst preisgaben, wollten sie dieses vor den Kopf stossen bzw. unangenehm überraschen oder gar erschrecken. Im besten Fall sollten sie durch das »embarrassment« erkennen, wie unangebracht und übergriffig das Nachhaken bzgl. Kinderplanung ist. Sie berichteten, erlebt zu haben, dass sich die Kommentierenden dadurch tatsächlich zurücknahmen und schnell das Thema wechselten.

Vertuschung

Die dritte Strategie, das vollkommene Unterbinden der Kommentare durch Vertuschung, wurde von Julia und Lukas, Lorena und Vera angewandt. Julia und Lukas sowie Lorena hielten sich während der Phase ihres unerfüllten Kinderwunsches nicht in dem Land auf, indem sie sozial verankert waren, was sie als positiv wahrnahmen. Die Familienmitglieder und Freund:innen bekamen gar nicht mit, dass sie einen unerfüllten Kinderwunsch hatten und medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Daher mussten sie sich nicht ständig dazu verhalten oder gar permanent Updates dazu geben, wie und in welche Richtung sich der Prozess gerade entwickelt. Während es sich in diesen beiden Fällen um eher zufällige Umstände handelte, die den Wunscheltern in die Hände spielten, nutzte Vera diese Strategie bewusst, um sich zu schützen. So erzählte sie Freund:innen und Verwandten, die sie permanent fragten, ob sie denn nun schwanger sei, dass sie und ihr Mann eine Pause einlegen würden. Die damals akute COVID-19-Pandemie lieferte ihr den willkommenen Vorwand dafür:

das ist immer noch meine Ausrede »wir haben immer noch eine Pandemie, wir probieren es gar nicht erst«, weil das verstehen irgendwie alle und dann lassen sie dich dann auch damit in Ruhe, (2) einfach so »es ist uns zu gefährlich« (Vera t1)

Religiöse Einordnung

Und schliesslich liess sich noch eine vierte, explizit religiöse Strategie identifizieren, um mit den unliebsamen Kommentaren umzugehen. Die evangelikale Daniela berichtet:

also wir hatten einen, der war recht extrem, (1) und ich glaube, der war wirklich einfach der Überzeugung, dass GENAU das [eine Methode, schwanger zu werden] uns WIRKLICH helfen würde und dass wir das einfach noch nicht entdeckt haben, und ich meine, wenn du, (1) wenn du in dieser Überzeugung lebst, dann, dann bist du auf eine Art schon verpflichtet, dein Wissen quasi weiterzugeben, oder, ich meine, es wäre ja wie eine Sünde, wenn jetzt er WÜSSTE, was uns helfen würde, und es uns nicht kund tun würde, ich habe ein gewisses Verständnis, also ich kann es einordnen so, ich finde es völlig daneben, aber ich kann es einordnen (Daniela)

Daniela war die einzige Person im Sampling, die ein gewisses Verständnis für die Personen aufbrachte, die ihr gegenüber als übergriffig erlebte Kommentare anbrachten. Sie schrieb der beschriebenen Person zu, dass sie in ihrem eigenen Selbstverständnis nur ihre religiöse Pflicht erfüllte, um keine »Sünde« zu begehen. Deren »Ratschläge« einordnen zu können, half ihr, einen Umgang damit zu finden.

12.3 Evangelikale Gemeinden als fruchtbare Welt

Personen, die sich dem evangelikalen Milieu zugehörig fühlen, sind in freikirchlichen Gemeinden aktiv und leben damit in einer anderen »Umwelt« als dies Personen tun, die sich nicht als spezifisch religiös (bzw. »gläubig«) verorten. Das empirische Material zeigt auf, dass evangelikale Wunscheltern die Norm, ab einem bestimmten Alter eine Familie zu gründen, noch ausgeprägter erleben.

Viele Evangelikale heben dies im Interview explizit hervor. Vor allem Bianca, Nadine sowie Miriam beschrieben, wie sie sich selbst als minderwertig erfuhren, weil sie ohne Kinder »nichts zu bieten« hätten. Bianca sowie Nadine, die zum Zeitpunkt des Interviews Mutter eines Neugeborenen bzw. eines halbjährigen Babys waren, erlebten diese Andersbehandlung ihrer selbst in ausgeprägter Weise:

man merkt schon so, (1) ähm, (3) dass halt auch in der Gemeinde oder so, dass halt die Familien mit Kindern, da ist grad so »aah« oder auch jetzt merk-, wir waren auch schon zwei Mal da [mit dem Neugeborenen] und dann kommen Leute auf einen zu, da wusste man gar nicht, dass es die Leute gibt <lacht> »oh, das süsse Kind«, [...] die Kinder nehmen einfach einen grossen Teil ein oder einen wichtigen Teil (1) in der Gemeinde und dann ist man sehr wichtig, und wenn man halt kein Kind hat, ist man halt weniger interessant (Bianca)

ich habe VIEL mehr wieder einen Platz so, oder ich kann mich einfach auch wieder anders reingeben, weil ich wieder wie das Gefühl habe, es passt (Nadine)

wenn eben eine Familie mit einem Kleinkind da ist oder mit einem frischgeborenen Baby, dann gehen alle dort hin und, und so die Frage »ja, was habe denn ich zu bieten, zu mir kommt niemand« (Miriam auf [livenet](https://www.livenet.ch)¹⁷)

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

Nadine beschrieb im Interview weiter, ihr sei während ihrer Kinderwunschzeit aufgefallen, dass es in der Gemeinde keinen »Platz« für kinderlose Paare gäbe – weder bei den Familien, noch bei den Singles,¹⁸ noch bei den Senior:innen habe sie sich zugehörig gefühlt. Die auffallende Präsenz der beschriebenen Gefühle, als kinderlose Person »nichts bieten zu können«, »weniger interessant« zu sein oder überhaupt keinen Platz zu haben in der Gemeinde, ist kein Spezifikum des vorliegenden Datenmaterials. Auch Jennings (2010) beschrieb es für den US-amerikanischen Kontext. Ihre Interviewpartner:innen fühlten sich als »members of child-centered social circles« (224) und hätten daher zunehmend Mühe gehabt, sich in den Gemeinden zugehörig zu fühlen (vgl. ebd.: 225–227). Tatsächlich kommt der Familie im evangelikalen Milieu ein erhöhter Stellenwert zu (vgl. Favre 2014: 175). »Die Familie ist das sozialstrukturelle Rückgrat der evangelikalen Lebensweise. Sie wird hochgehalten, verteidigt, ja als etwas geradezu Heiliges verehrt« (Pollack/Rosta 2022: 470). Diese Hochhaltung der Familie zeigt auch die Statistik. In der Schweiz haben Mitglieder von Freikirchen im Schnitt 1,9 Kinder, während es im nationalen Durchschnitt nur 1,4 sind (vgl. Favre 2014: 175). Von familientauglichen Gemeindeferienwochen bis hin zu Familiengottesdiensten ist daher das gesamte Gemeindeleben auf Familien mit Kindern ausgelegt, wie auch die Evangelikalen Judith und Tobias dies betonten.

Ähnlich wie im nicht-spezifisch religiösen Kontext werden Kinderlose nicht *bewusst* ausgeschlossen oder auf ihre Abweichung von der Norm hingewiesen; sie werden theologisch sogar explizit als Mitglieder der Kirche akzeptiert: »the barren heterosexual couple is welcomed and embraced in the Christian community despite the high place of children in marriage« (Richie 2015: 124).¹⁹ Trotzdem fühlen sich ungewollt Kinderlose in den Gemeinden gemäss Richie häufig unsichtbar (vgl. ebd.: 131, FN 8), was sich wiederum mit den Aussagen von weiter oben deckt, gemäss derer sich Wunscheltern als minderwertig wahrnehmen. Wunscheltern erleben Gemeinden nicht als bereit, Kinderlosigkeit zu adressieren – weder im Sinne des akuten »Leidens« noch im Sinne einer alternativen und dennoch sinnstiftenden und gleichwertigen Lebensform. Sowohl Miriam wie auch Sonja haben zur Zeit ihrer akuten Betroffenheit nach ähnlichen Geschichten wie der ihrigen gesucht und mussten erneut feststellen, dass das Thema im christlichen Kontext nahezu inexistent ist:

18 Sowohl im evangelikalen Feld (insbes. Nadine, Sabine und Julia) wie auch in der Literatur wird der Fall von Singles als vergleichbar mit demjenigen ungewollt Kinderloser verhandelt. Singles gelten theologisch als akzeptiert, während es gleichzeitig keinen expliziten »Platz« für sie oder ihre Anliegen gibt (vgl. Aune 2002; Hoberg 2017a: 217). Weil solche Personengruppen nicht per se ausgeschlossen werden, ihre Lebensform jedoch unbewusst tabuisiert oder negiert wird, spricht Gardner (2011) in diesem Zusammenhang von einem »stillen Leiden« (20).

19 Anders ist es, wenn evangelikale Paare keine Kinder haben *wollen*. Gewollt kinderlose Ehen gelten im Extremfall als »immature, selfish, a sexual bawdy relationship or just plain sinful« (Richie 2015: 131). Das wird auch von Fabian im Interview thematisiert. Er beschreibt christliche Gemeinden in dieser Hinsicht als defizitär, weil sie gewisse Lebensformen erschweren: »das wird dann nochmals einen Zacken schwieriger, wenn man wie sagt »es ist freiwillig, also wir WOLLEN das«, oder, dass wir es [Kinder] nicht haben, und (1) da ist einfach (2) die nicht-christliche Welt viel weiter [...], bei den Christen ist das einfach nochmals eine ganz andere Erwartungshaltung« (Fabian).

ich habe mich auf die Suche gemacht, ja was gibt es, und da MUSS es doch etwas [Original: öppis] geben eigentlich, und habe gemerkt, es gibt glaube ich wirklich einfach nichts (Miriam auf *livenet*²⁰)

du konntest ein Ethos, eine Lydia [christliche Zeitschriften] oder irgendetwas [konsultieren], es ist NIE dieses Thema gekommen (Sonja)

Diese Inexistenz des Themas »unerfüllter Kinderwunsch« im Kontext der Gemeinden kann durchaus auch überraschen. Krisensituationen werden von Evangelikalen typischerweise aktiv begegnet, so etwa in Form von Kursen. Favre (2014: vgl. 185f.) berichtet beispielsweise von einem Kurs, der von einem evangelikalen Ehepaar in Anspruch genommen wurde, weil es mit der Hyperaktivität ihres Sohnes schwer umgehen konnte. Auch zum Austausch unter Peers wird durch solche Kurse, durch homogene Kleingruppen (vgl. Buchard 2014c: 133, vgl. 11.4.2) oder durch die Lektüre von christlichen Magazinen angeregt. Das von Sonja bereits erwähnte Magazin »Lydia« möchte gemäss eigenen Angaben »Frauen in den »ganz normalen« Kämpfen des Alltags [begleiten und ermutigen] [...]«. Das Magazin ist eine Plattform, auf der Frauen voneinander lernen und sich gegenseitig beraten. Sie erzählen einander offen, wie sie Schwierigkeiten und Ängste überwinden, wie sie Gott begegnen und Erstaunliches erleben.« Trotz dieser Bereitschaft oder sogar des Charakteristikums evangelikaler Gemeinden, herausfordernde Themen zu adressieren, gelang es den von mir interviewten Evangelikalen nicht, die Themen »unerfüllter Kinderwunsch« und »ungewollte Kinderlosigkeit« offiziell in ihren Gemeinden zu etablieren. So erzählte Daniela:

wir haben gemerkt, es ist, (1) es ist einfach kompliziert, wenn man unter dem grossen Dach das machen will, dann muss man, äh, jeder Schritt muss nachher durch x Abteilungen und das wäre uns wie zu träge gewesen (Daniela)

Die Gemeinde und ihre Gremien waren nur bedingt bereit, das Anliegen von Daniela und den anderen Wunscherlern zu unterstützen. Noch heute gestaltet sich die Situation so, dass es diverse christliche Webseiten mit dem Verweis auf Kinderwunsch-Selbsthilfegruppen gibt – sie existieren jedoch alle unabhängig und sind nicht Teil eines »offiziellen« Angebots der Gemeinden.²¹ Das leuchtet ein, wenn man sich Goffmans Ausführungen dazu vor Augen führt. Die Akzeptanz, die eine Gruppe für eine »abweichende Person« aufbringen kann, hat implizite, aber starre und unnachgiebige Grenzen. Diese wird definiert durch »the point normals find comfortable« (130). Die Integration kinderloser Paare und derer Lebensführung muss im Kontext des evangelikalen Milieus limitiert sein. Reproduktion stellt einen solch integralen Bestandteil der geteilten Moral dar, dass Kinderlose die Gruppenidentität gefährden könnten, wenn sie als »normal« gelten würden. Die Aufrechterhaltung des »Normalen« bedingt, dass Kinderlosigkeit als Thema nicht in den offiziellen Kanon in Kursen, Gottesdiensten oder anderer Anlässe aufge-

20 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.

21 Vgl. z.B. <https://www.unerfuellterkinderwunsch.ch> oder <https://www.hope-kinderwunschzeit.com>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025.

nommen wird. Ihr Leiden muss grösstenteils unsichtbar bleiben. Daher ergibt es Sinn, dass die Existenz kinderlose Ehepaare innerhalb der Gemeinden zwar *akzeptiert*, ihre Lebensführung jedoch niemals *normalisiert* wird.

Die Ausführungen zeigen, dass Religion bezogen auf die evangelikalen Gemeinden eher als eine weitere Belastung bzw. eine Potenzierung der eh schon negativ erlebten Gegebenheiten denn als Ressource erlebt wird. Fast alle Interviewten gaben an, die Gemeinden während ihrer akuten Kinderwunschzeit weniger häufig frequentiert oder sie vollkommen gemieden zu haben. Auch Greil kam in seiner Studie zu diesem Ergebnis und macht dabei deutlich, dass ihn diese Tatsache überraschte:

One might think that a church or a synagogue would be one place that might provide infertile wives with a refuge from feelings of failure, incompleteness, and loneliness. And, indeed a few wives did find some comfort in the social support they received in church. Both Lois and Kate said that the people they knew from church were supportive and that their support was helpful. They were, however, outnumbered by those who saw religious organizations as one more obstacle to be overcome in their struggle to cope with infertility. The recurrent theme sounded by these wives was that church is a family-centered institution, frequented by pregnant women and young children, where one cannot help but be reminded of one's own infertile status (Greil 1991: 59).

Eine von Greils Interviewpartnerinnen fasste es folgendermassen zusammen: »God, that [the church] is the worst place to go if you're infertile« (59). Greils negatives Resümee hinsichtlich der Rolle des religiösen Umfelds für Wunscheltern kann durch die vorliegenden Forschungsergebnisse zwar bestätigt werden, gleichzeitig ist es zu kurzichtig, wenn er daraus »Religion« oder das religiöse Umfeld von Gläubigen pauschal als Belastung abtut. Gerade die diskursive Unsichtbarkeit der »Leidenswege« sowie der Lebensentwürfe ungewollt Kinderloser in den Gemeinden scheint für viele Evangelikale ein Treiber zu sein, sich entsprechend zu engagieren. In diesem Engagement – im Erfahren des eigenen Handelns als sinnstiftend für sich und andere – kann eine Ressource ausgemacht werden. Diese Art des Engagements ist für Evangelikale gemäss Hoberg (2017a) typisch. Marginalisierte Gruppen organisieren sich ausserhalb der Gemeinde »in Interessensgruppen, auf Websites oder in anderen Formen der Vergemeinschaftung« (217). Ausserdem verweist schon die Häufigkeit christlicher Selbsthilfegruppen zu diesem Thema auf eine hohe Nachfrage, sowie darauf, dass der christliche Glaube eine erfolgreiche Vergemeinschaftung (Weber 1972: 21) unter Wunscheltern wahrscheinlicher macht. Evangelikale Wunscheltern teilen sowohl die Merkmale »christlich-gläubig« wie auch »ungewollt kinderlos«, wodurch sich die einzelnen Mitglieder solcher Netzwerke darin womöglich noch besser aufgehoben fühlen, als sie dies im Rahmen einer unspezifischen Kinderwunschgruppe getan hätten. Dies bleibt an dieser Stelle jedoch eine Vermutung und die Erforschungen der Dynamiken innerhalb solcher Gruppen im expliziten Vergleich zu nicht-spezifisch religiösen Vernetzungen ein Forschungsdesiderat.

12.4 Theoretische Anschlüsse: Goffmans Stigma-Begriff

In den bisherigen Ausführungen wurde in Bezug auf *Unfruchtbarkeit* und *unerfüllter Kinderwunsch* von einem »Stigma« gesprochen. Dieses Stigma bezieht sich erstens auf das körperlich bedingte »failure to reproduce« der Wunscherltern (Whiteford/Gonzalez 1995: 30), und zweitens auf die dadurch bedingte Tatsache, dass sie sozial nicht mit ihren Peers »mithalten« und sich keinen Zugang zur Lebensrealität von Eltern verschaffen können. Im Folgenden soll zum einen auf die Relevanz dieses theoretischen Begriffs im (religions-)wissenschaftlichen Diskurs genauer eingegangen werden. Zum anderen soll diskutiert werden, inwiefern die Betrachtung des Themas unerfüllter Kinderwunsch unter diesem Gesichtspunkt eine Vergleichbarkeit mit anderen Formen von Stigmata und damit einen Anschluss an einen breiteren Diskurs ermöglichen kann.

Erwartbar wäre, dass der Stigma-Begriff Bestandteil eines religionswissenschaftlichen Diskurses ist, befasst sich die Disziplin doch u.a. mit religiösen, ethnischen oder sozialen Minderheiten sowie mit gesellschaftlichen Mechanismen des Ein- und Ausschlusses solcher Gruppen (vgl. z.B. zu Muslim:innen in der Schweiz Aeschbach 2023; zu konservativen katholischen Migrant:innen in der Schweiz und in Deutschland Rieser 2024). Goffman selbst bezieht den Begriff u.a. auf religiöse Individuen. Als »stigmatisiert« verhandelt er Personen, »who are unable to conform to standards that society calls normal« (Goffman 1986: Klappentext). Neben physischen Deformitäten und Zeichen, die auf einen moralisch verwerflichen Charakter oder fehlende Willensstärke (wie Alkoholismus oder Narben eines Suizidversuchs) hinweisen, bezieht sich diese Definition auch auf das »tribal stigma of race, nation, and religion« (4). »Religion« taucht in seinem Werk dann konkret in Bezug auf jüdische Menschen auf. Das Stigma, das sie als Minderheit kennzeichnet, ist in diesem Fall die jüdisch-orthodoxe Kleidung oder der Davidstern, beispielsweise in Form eines Anhängers an einer Halskette. Damit bildet er seine eigene Lebenswelt ab (das Kalifornien der 1960er-Jahre), in der viele jüdische Migrant:innen bzw. Holocaust-Überlebende das Strassenbild in der öffentlichen Wahrnehmung prägten (vgl. dazu Diner 2003: 93–116). Aus heutiger Perspektive liessen sich zusätzlich insbesondere Attribute, die ein Individuum als muslimisch markieren, als solche Stigmata identifizieren.²²

Tatsächlich wird der »frühe Goffman« (Meuser 2010: 130, FN 1) und sein dort vertretenes Konzept von Stigma in der Religionswissenschaft auffallend wenig auf religiöse Subjekte angewandt. So werden in religionswissenschaftlichen Texten viel eher Theorien des »späten Goffmans« referenziert, wie etwa die »frame analysis«²³ oder der Begriff des »interaction ritual«.²⁴

22 Vgl. dazu die Ausführungen der Historikerin Yasemin Shooman (2014) hinsichtlich des Kopftuches, Sprache oder äusserlicher Merkmale wie Haarfarbe und Bart, sowie des Anthropologen Khosravi (2012) für muslimisch gelesene Namen als Stigma.

23 Vgl. dazu z.B. Frank (2014) für die Analyse des Vorgehens von Lehrpersonen im Religionsunterricht; Lüddeckens (2013), die religiöse Kleidung als »frames« versteht sowie Grigo (2014), die Goffman ebenfalls für die Analyse von Kleidung als Form der Inszenierung des Selbst heranzieht.

24 Vgl. dazu z.B. Walthert (2020).

Möglicherweise lässt sich dies darüber erklären, dass sich in Goffmans Ausführungen zu Stigma Aspekte ausmachen lassen, die aus gegenwärtiger religionswissenschaftlicher Perspektive kritisch zu betrachten sind. So macht Goffman an keiner Stelle klar, was genau die »Norm« ausmacht. Es fehlt eine Auseinandersetzung damit, *welche Inhalte wie* (also durch welche Machtdynamiken), *warum* und *wann* zur Norm erhoben werden. Welche Rolle religiöse Akteur:innen und Traditionen in solchen Prozessen spielen können, blendet er weitestgehend aus. Die »Norm« wird gewissermassen schlicht über die Abwesenheit von Stigmata definiert. Ferner kann man Goffman aus einer poststrukturalistischen Sicht unterstellen, durch seine Art, die Welt zu beschreiben, zu einer Naturalisierung der Stigmata beizutragen. Mit einer Selbstverständlichkeit referiert er beispielsweise auf Homosexuelle, POCs oder Prostituierte als *Stigmatisierte*. Stigmata sind für Goffman immer unvermeidbar, und Betroffene können nur versuchen, irgendwie damit zu leben; als Mikrosoziologie ist er immer nur auf die kleinsten aller sozialer Einheiten fokussiert. Heute – mehr als zu Goffmans Zeiten – lassen sich aber Beispiele ausmachen, in denen soziale Akteur:innen auf einer kollektiven Ebene die Abschaffung oder zumindest die Minderung eines Stigmas herbeigeführt haben. Das zeigt sich beispielsweise an der Wandlung der Konnotation von Wörtern wie »schwul« oder »queer« – ursprünglich beleidigende Fremdbezeichnungen, die schwule und queere Menschen heute für sich beanspruchen und weitestgehend neutrale Benennungen geworden sind. So ist zudem ein kollektives Engagement auszumachen, welches Kinderlosigkeit nicht nur von seinem Stigma zu befreien ersucht, sondern es gar als ideale Lebensform konstruiert (vgl. zum »Birthstrike Movement« Brown 2019). Diese möglichen Kritikpunkte am frühen Goffman sind in der Religionswissenschaft aber nicht explizit in einem kritischen Diskurs zu finden. So ist es auch durchaus plausibel, dass bisher schlicht eine initiale Arbeit fehlt, die Goffman als legitime Referenz in den Diskurs einführte. Seine gegenwärtige Absenz wäre demzufolge nicht bewusst, sondern lediglich einer Vernachlässigung zuzuschreiben.

In benachbarten Disziplinen ist dies anders. Hier werden Goffmans Ausführungen zu »Stigma« genutzt, um Gegebenheiten des jeweiligen Untersuchungsfeldes erklärbarer zu machen.²⁵ Entsprechend wird dieser »frühe« Goffman in der soziologischen, ethnologischen und feministischen Literatur auch häufig zitiert, um sowohl *Unfruchtbarkeit* als auch *unerfüllten Kinderwunsch* theoretisch zu fassen. Dies leuchtet ein, denn »Stigma«/»stigmatisiert« wird auch von den Personen im Feld als Selbstbezeichnung verwendet. Goffman selbst verweist in seinen Ausführungen auf die »women who felt inferior and different because of [...] inability to bear children« (Carling 1962: 23f., zitiert in Goffman 1986: 12). An anderer Stelle benennt er »sterility« als ein Beispiel für ein Stigma (Goffman 1986: 54). Gleichzeitig fehlt in der rezipierenden Literatur eine spezifische Erläuterung, *was genau* an Goffmans Stigma-Begriff so anschlussfähig ist für das Fallbeispiel des unerfüllten Kinderwunsches bzw. der Unfruchtbarkeit. Nicht auszuschliessen ist also, dass hier das Umgekehrte wie im Fall der Religionswissenschaft geschehen ist.

25 Vgl. dazu für die Fallbeispiele der Stigmatisierung körperlich Behinderter Afroozeh et al. (2024), von Personen, die von Geschlechtskrankheiten wie Chlamydien oder HIV betroffen sind Balfe et al. (2010) und Kako/Dubrosky (2013), von lesbischen Müttern in Sorgerechtsstreits Causey/Duran-Aydintug (1998) sowie von Frauen, die eine Abtreibung vorgenommen haben Husain/Kelly (2017).

Möglicherweise beziehen sich die Publikationen immer wieder gegenseitig aufeinander, sodass Goffmans Stigma-Begriff damit irgendwann »automatisch« zu einer etablierten Referenz im Diskurs wurde – auch dieser Text trägt zu dieser Etablierung bei. Der bloße Verweis auf ihn scheint auszureichen (»Namedropping«), dass den Lesenden (vermeintlich) klar ist, was damit genau gemeint ist. Im Folgenden soll dieses Defizit behoben werden, indem die Anschlussfähigkeit Goffmans auf das Fallbeispiel explizit gemacht wird.

Verschiedene Aspekte des Erlebens von unerfülltem Kinderwunsch werden durch den Einbezug von Goffmans Stigma-Begriff benennbar sowie vergleichbar mit anderen Formen der sozialen Devianz. Erstens zeigt er auf, dass soziale Devianz immer in spezifischen Interaktionskontexten konstruiert wird: »The normal and the stigmatized are not persons but rather perspectives« (138). Stigmata können Individuen demzufolge nie per se zugeschrieben werden, sondern sind stets kontextgebunden.²⁶ Dies impliziert, dass nahezu *jede* Person in irgendeiner stärkeren oder schwächeren Form in mehr oder weniger Situationen von einem Stigma betroffen sein kann. Ausgenommen ist nur ein einziger Idealtyp, und zwar:

a young, married, white, urban, northern, heterosexual Protestant father of college education, fully employed, of good complexion, weight, and height, and a recent record in sports. Every American male tends to look out upon the world from this perspective, this constituting one sense in which one can speak of a common value system in America (128)

Fortschrittlich für die damalige Zeit machte Goffman demzufolge bereits in den 1960er-Jahren das aus, was in der heutigen Zeit im populären und politischen Diskurs als »white old man« benannt wird. Daraus entstand und entsteht das Bewusstsein, dass die Lebensumstände der Mehrheit der Individuen diskursiv als abweichend konstruiert werden, weil die weisse, »alte« und männliche Perspektive (weitestgehend unbewusst) zum Standard erhoben wird (vgl. dazu Klinger 2005). Goffman ist in seinem Zitat jedoch noch weitaus präziser, indem er beispielsweise auch den »father« (gegenüber dem kinderlosen Mann) als eine konstitutive Komponente ausweist, die den Idealtyp der nicht-stigmatisierten Person ausmacht.

Die Kontext- und Interaktionsgebundenheit von Stigmata impliziert aber gleichzeitig, dass diese Betroffene nicht in allen sozialen Situationen als deviant markieren (vgl. 49). Das gilt auch für Personen ohne Kinder oder für solche, die als »unfruchtbar« gelesen werden. Ihre »Andersartigkeit« wird ihnen in spezifischen Momenten vor Augen geführt, in diesem Fall sind diese Momente noch mehr zeitlich denn räumlich bedingt. Während ihres »gebärfähigen Alters« wird ihnen die Frage nach der Familienplanung häufiger gestellt als etwa während ihrer Jugendzeit oder in höherem Alter. Zudem ergibt

26 Diese Perspektive übernimmt auch die Religionswissenschaftlerin Ramona Jelinek-Menke (2021), die in ihrer Dissertation den Ausgangspunkt für eine »behinderungsbezogene Religionswissenschaft« (71) setzen möchte. Fähigkeiten und Unfähigkeiten (»Behinderungen«) werden erst sichtbar in Situationen, in denen spezifische Erwartungen an eine Person gestellt werden. »Behinderung« ist in diesem Sinne also nicht »vorhanden«, sondern wird immer wieder aufs Neue »hergestellt« (vgl. ebd.: 65).

sich die soziale Situation, in der Peers über ihre Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt sprechen, ebenfalls vermutlich häufiger während dieses Lebensabschnitts. Hier finden Wunscheltern keinen sozialen Anschluss und fühlen sich »nicht zugehörig«. In vielen anderen Situationen jedoch wird diese Devianz nicht sichtbar oder sie spielt zumindest für das Identitätsgefühl der betroffenen Person keine ausgeprägte Rolle. Ein und dieselbe Person kann in einer sozialen Situation ein Stigma erfahren (z. B. als »kinderlos« gelesen werden) und in einer anderen selbst diejenige Person sein, die stigmatisiert. In dieser zweiten Situation befindet sie sich im Kontrast zur ersten in einer In-Group, fühlt sich also zugehörig, da sie der situativ verhandelten Norm entspricht (vgl. ebd.). Das Besondere an der Situation des unerfüllten Kinderwunsches besteht darin, dass die Situation, in der ihre Devianz relevant wird, nicht immer vorhersehbar ist. Die »Kinder-Frage« kann im Smalltalk-Kontext immer wieder plötzlich und unvorhergesehen auftreten, weil sie als vermeintlich leichter Einstieg in ein Gespräch unter Personen etabliert ist, die sich noch nicht (gut) kennen. Ebenfalls zeigt es sich in Situationen, in denen Freundinnen von Wunscheltern ihnen (überraschend) eröffneten, sie seien schwanger.

Damit hängt ein zweiter Aspekt zusammen, der durch die Goffman-Lektüre benennbar wird. Von Personen mit einem Stigma wird (implizit) ein spezifisches Verhalten gefordert. Sie sollen die »tension generated during social contacts« (42) managen. Ihre »Andersartigkeit« ist für die »normals« nämlich potenziell unangenehm. Sie möchten nicht mit dem Stigma und den damit einhergehenden Unannehmlichkeiten konfrontiert werden. Konkret fordern sie von einem stigmatisierten Menschen, sich so zu verhalten, als würde er zu den »normals« dazugehören und nicht permanent ins Zentrum rücken, »that his burden is heavy« (122). Andererseits soll er den Orten fernbleiben, die für »normals« reserviert sind. Goffman bringt das Beispiel eines Blinden auf der Tanzfläche sowie eines Gehbehinderten, der heftige Irritation auslöste, weil er in einem Restaurant mithilfe seiner Arme die Treppe hochkroch. Tanzflächen sind nichts für Blinde, und Treppen nichts für Gehbehinderte (vgl. 119f.). Es ist also in deren Interesse, dass gewisse soziale Orte den »normals« vorbehalten sind: »[I]t means that the unfairness and pain of having to carry a stigma will never be presented to them; it means that normals will not have to admit to themselves how limited their tactfulness and tolerance is« (121). Die »normals« wollen ihr Privileg, *nicht* von einem Stigma betroffen zu sein, nicht vor Augen geführt erhalten. Es kann als eine Form dieses Verleugnens der Privilegien verstanden werden, wenn Personen mit unerfülltem Kinderwunsch von den »normals« immer wieder mit Ratschlägen konfrontiert werden. Indem sie *nicht* – wie von den Wunscheltern erhofft – Anteil nehmen und ihre Gefühle validieren, sondern einen ungebetenen Ratschlag erteilen, profitieren sie doppelt. Sie müssen sich nicht zu ihrem erfahrenen Leid verhalten *und* können die Expert:innenrolle einnehmen – auf Kosten der Wunscheltern.

Die Unterscheidung von Stigmatisierten in »discredited« und »discreditable« ist ein dritter Aspekt, der für die spezifischen Herausforderungen von Wunscheltern eine Sprache schafft. Während es sich bei ersteren um Personen mit einem sichtbaren²⁷ Stigma handelt, verweist letzteres auf ein weniger offensichtliches Zeichen. Dazu gehören auch

27 Präziser wäre die Bezeichnung »*offensichtliches* Stigma«. Auch etwa Stottern wird von anderen schnell als solches erkannt, ist aber nicht visuell sichtbar (vgl. Goffman 1986: 48).

Unfruchtbare bzw. kinderlose Personen. Weder das nicht voll funktionsfähige reproduktive Organ noch das Fehlen von Kindern ist unmittelbar für andere auffällig: »the only external expression of infertility is the absence of children« (Whiteford/Gonzalez 1995: 29). »Discreditable« sind anderen Herausforderungen ausgesetzt als »discredited«: »The issue is not that of managing tension generated during social contacts, but rather that of managing information about his failing« (Goffman 1986: 42). Goffman spricht in diesem Kontext von »passing« (91–104): Stigmatisierte (beispielsweise Personen mit einer »unrühmlichen« Vergangenheit wie einem Aufenthalt im Gefängnis oder in einer psychiatrischen Anstalt) versuchen, nicht »aufzufliegen« und als »normals« durchzugehen. Indem sie dies tun, bestätigen sie die sozial geltende Norm: »Darum arbeiten sie mit hohem Engagement an der Stabilisierung von Normen, an deren Bestand sie keinerlei Interesse haben« (Pettenkofer 2012: 213). Es ergibt sich also die widersprüchliche Situation, dass Wunscheltern durch den angestrebten Selbstschutz (des »Passing« bei Goffman) ihr eigenes Stigma bestätigen. Genau das störte viele meiner Interviewpartner:innen, weswegen sie ihre Situation mit dem Ziel des »Aufklärens« proaktiv mit anderen teilten und sozusagen freiwillig den Statuswechsel von »discreditable« zu »discredited« vollzogen. Eine Besonderheit der Situation ungewollt Kinderloser besteht dabei darin, dass es für sie kaum möglich ist, zu lügen. Die Angabe, sie hätten Kinder, obwohl sie kinderlos sind, würde schnell als Lüge entlarvt werden (auch Goffman betont, dass »offenkundige« Lügen schwer aufrechtzuerhalten sind, vgl. 64). Die andere Option – zu behaupten, dass die Kinderlosigkeit geplant bzw. gewollt ist – ist in der Regel *noch* weniger sozial anerkannt und definiert v.a. für Frauen ein ausgeprägteres Stigma als ungewollte Kinderlosigkeit. Der Norm entsprechend sollen (heterosexuelle) Paare erstens Kinder *wollen*, und zweitens Kinder *haben* (vgl. Veevers 1980: 3), und das trifft auf das evangelikale Milieu besonders zu, wo es als moralisch verwerflich gilt, keine Kinder haben zu *wollen*. Wunscheltern haben damit kaum eine Chance, die körperliche Unfähigkeit, sich zu reproduzieren, geheim zu halten. Indem sie keine Kinder haben, brechen sie eine Regel, und nur, wenn sie ihr Umfeld über die Gründe aufklären, können sie den grössten Schaden abwenden: »When a rule is broken restorative measures will occur« (Goffman 1986: 128).

Allgemein können sich Wunscheltern demzufolge lediglich entscheiden, ob ihnen Unfruchtbarkeit und damit eine biologische Abnormalität (oder ein Versäumnis) zugeschrieben wird, oder ob sie als moralisch bzw. hinsichtlich ihrer Reife als minderwertig betrachtet werden, weil sie keine Kinder haben *wollen* (vgl. ebd.).²⁸ Wenn also Wunscheltern auf ihre Situation angesprochen werden, bleibt ihnen kaum etwas anderes übrig, als das soziale Gegenüber bis zu einem gewissen Punkt in ihre Situation zu involvieren. Sie können nur *hoffen*, dass sie von Unbeteiligten nicht permanent darauf angesprochen werden.

Damit verbunden ist ein vierter und letzter relevanter Aspekt, den Goffman deutlich macht. Weil ein Stigma per Definition immer auf eine negative Abweichung von

28 Möglich ist auch, dass gewollt Kinderlosen eine grundsätzliche »denial of the social order« (Goffman 1986: 144) zugeschrieben wird und sie deswegen abgewertet werden. Goffman schrieb diese Art des Stigmas beispielsweise »prostitutes, drug addicts, [...] jazz musicians, bohemians, [...] homosexuals« zu (ebd.: 143).

der Norm hinweist, sind Betroffene bestrebt, es loszuwerden. Nicht immer ist dies möglich, jedoch kann beispielsweise ein:e physisch Entstellte:r »plastic surgery«, ein:e Blinde:r »eye treatment«, ein:e Analphabet:in »remedial education« oder ein Homosexuelle:r »psychotherapy« in Anspruch nehmen, um das Stigma verschwinden zu lassen (vgl. 9). Dieses Bestreben würden bei vielen Stigmatisierten bis ins Extrem gehen, was gemäss Goffman die »painfulness of the situation« (9) veranschaulicht. Sie seien damit auch anfällig für »betrügerische Dienstleistungen« wie »cures through faith« oder »youth restorers« (9). Goffman beschreibt damit auffallend adäquat die Situation von Personen mit einem akut unerfüllten Kinderwunsch. Auch wenn hier die Pauschalumschreibung der »betrügerischen Dienstleistungen« nicht übernommen werden soll und kann, lässt sich doch zumindest festhalten, dass verschiedene kommerziell interessierte Akteur:innen von der Existenz eines Stigmas profitieren. Konkret ist es kein Zufall, dass sich der alternative Markt mit Bezug auf das Thema Kinderwunsch sowie die Reproduktionsmedizin so stark haben etablieren können. Reproduktionsmedizin erfährt demzufolge nicht nur den Status, Wunscheltern im besten Fall zu genetisch verwandten Kindern verhelfen zu können, sondern auch, sie damit von ihrem Stigma zu befreien (vgl. Whiteford/Gonzalez 1995: 27). Der im 7. Kapitel beschriebene Imperativ zur Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin wird durch diese Komponente weiter verschärft.²⁹

So lässt sich abschliessend resümieren, dass der Einbezug von Goffmans Stigma-Konzept trotz der eingangs erwähnten religionswissenschaftlichen Kritikpunkte in vielerlei Hinsicht erhellend sein kann. Erstens wird die Situationsspezifität und die interaktionistische Konstruiertheit des Stigmas »Unfruchtbarkeit« bzw. »unerfüllter Kinderwunsch« deutlich. Zwar bleibt das Stigma ein ganzes Leben lang bestehen, wenn ein Paar kinderlos bleibt – es wird seine Relevanz und Omnipräsenz jedoch verlieren, sobald die Kinder der Peers nicht mehr deren Alltag bestimmen. Zweitens erklärt es ein Stück weit das Verhalten der fruchtbaren Welt (der »normals«). Das, was Goffman als »typische« Reaktion der »normals« auf Stigmatisierte betrachtet, zeigt sich in diesem Kontext in besonderem Masse: ihr Erteilen von ungefragten Ratschlägen bzw. ihre Annahme, sie seien selbst Expert:in des Stigmas bei gleichzeitiger Verleugnung des Leidens. Drittens ergibt sich eine Sprache dafür, dass Wunscheltern verhandeln müssen, wie sie diese intime Information mit ihrer Umwelt teilen. Indem sie ihr offenbaren, dass sie gerne Eltern

29 Hier zeigt sich ein weiterer möglicher Anschluss an die Disability Studies: Gemäss Jelinek-Menke (2021) wird von Menschen mit einer Behinderung erwartet, dass sie sich darum bemühen, die Einschränktheit ihrer gesellschaftlichen Teilhabe durch entsprechendes Engagement zu beheben oder zumindest zu verringern (vgl. 65). Hinsichtlich dieser Erwartung sind die Forschungsobjekte für den vorliegenden Untersuchungsfall vergleichbar mit denjenigen von (religionsbezogenen) Disability Studies. Auch von Personen mit unerfülltem Kinderwunsch wird erwartet, dass sie sich aktiv darum kümmern und alles ausprobieren, um Elternschaft und damit soziale Teilhabe doch noch zu erreichen (vgl. 7.3). Der Anschluss an die Disability Studies ist aus religionswissenschaftlicher Perspektive jedoch nicht unproblematisch, sowohl in Bezug auf dieses spezifische Untersuchungsfeld wie auch allgemein. So reflektiert der Ausdruck »Behinderung« nicht die Selbstbezeichnung im Feld der Wunscheltern, und allgemein handelt es sich bei den Disability Studies um eine dezidiert normative Wissenschaft. Die Vorbehalte der Religionswissenschaft mit ihrem Anspruch auf Neutralität gegenüber den Disability Studies ist daher vergleichbar mit denjenigen, die das Fach gegenüber den Gender Studies hegt (vgl. Jelinek-Menke 2021 74f., vgl. 11.5).

geworden wären, es jedoch nicht konnten, werden sie zwar einerseits zu »discredited«, gleichzeitig befreien sie sich vom Stigma der ihnen womöglich zugeschriebenen *gewollten* Kinderlosigkeit. Schliesslich zeigt sich, inwiefern gewisse Akteur:innen ein Interesse an der Aufrechterhaltung des Stigmas Kinderlosigkeit haben.

Potenzial für weiterführende Forschungsfragen ergibt sich vor allem darüber, dass Goffman eine Vergleichbarkeit verschiedenster empirischer Realitäten schafft: Ungewollte Kinderlosigkeit kann genauso unter dem Gesichtspunkt des Stigmas untersucht werden wie (andere) Formen von Behinderungen, ethnische Zugehörigkeiten oder vestimentäre Praktiken, die auf eine religiöse Minderheit hinweisen. Auch die Unterschiede dieser Fälle werden durch eine entsprechende Perspektive deutlicher: Wie verhandeln Individuen ihr Stigma, wenn es für andere sichtbar ist – oder gerade nicht? Aufgrund welcher Motive machen sie es freiwillig sichtbar? Welche Formen von Lebensentwürfen gelten als stigmatisiert, und warum? Welche Rolle nehmen Personen im Diskurs ein, die bewusst eine solche als stigmatisiert geltende Lebensform wählen (wie etwa »weisse Konvertit:innen«³⁰ oder gewollt Kinderlose)? Wie wird Religion bzw. das religiöse Umfeld erlebt – einerseits als Ressource, um das eigene »deviante« Dasein und die entsprechende Lebensweise zu legitimieren, aufzuwerten oder neu zu deuten – andererseits möglicherweise als Faktor, welcher soziale Ausschlussmechanismen noch weiter bestärkt? Und schliesslich kann auch die Frage gestellt werden, mit welchen sozialen Implikationen es einhergeht, wenn das Stigma selbst religiös erklärt wird.³¹

30 Vgl. dazu Özyürek (2009), der die diskursive Rolle von weissen Konvertitinnen beschreibt als »dangerous [...], polluting and challenging the cultural superiority and purity of the dominant group« (95).

31 In den Ausführungen im Kapitel 9.3 wurde darauf bereits eingegangen.

Teil D: Conclusio

13. Abschluss

Im Zentrum dieses Buches standen »ganz normale Menschen«. Diese Menschen führen ein Leben, welches sowohl krisenhafte Ausnahmestände als auch eine radikale Umstellung des Alltags impliziert. Das steht in einer Diskrepanz zur geringen gesellschaftlichen Sichtbarkeit, welche diese Menschen erfahren: Wunscheltern. Wenig Sichtbarkeit erfuhren die Lebensrealitäten von Wunscheltern bisher auch in der Religionswissenschaft – ein Aspekt, der in diesem Kapitel abschliessend diskutiert werden soll.

Wenn Menschen über ihren unerfüllten Kinderwunsch reden, sprechen sie über die emotionale, physische und finanzielle Ausnahmesituation, in der sie sich – womöglich bereits seit Jahren – befinden, über ihren derzeitigen Alltag, über ihre bevorstehenden und oftmals lebensverändernden Entscheidungen, über ihre Biographie, über ihre imaginierte Zukunft. Die Geschichten, die mir Wunscheltern erzählten, waren nie fröhlich – manchmal waren Trauer-, Verlust- und Erschöpfungsgefühle omnipräsent, meistens in einer ambivalenten Kombination mit Hoffnung und positiven Zukunftsvisionen. Manchmal suchten die Befragten nach Legitimation, aufzuhören mit den Kinderwunschbehandlungen, und manchmal drückten sie Gefühle der Dankbarkeit dafür aus, dass ihr ersehntes Kind doch noch »zu ihnen gekommen ist«. So verschieden die geschilderten Geschichten, Erlebnisse und Wahrnehmungen waren, so vereinte sie doch ein Merkmal. Wunscheltern arbeiten in alltäglichen wie auch in ausseralltäglichen Situationen sowohl auf einer kognitiven und emotionalen als auch auf einer körperlichen Ebene aktiv an ihrem Umgang mit ihrem unerfüllten Kinderwunsch. Die Situation *geschieht* ihnen nicht einfach, sie konstituieren sie massgeblich mit. *Doing* unerfüllter Kinderwunsch kann sowohl meinen, alles erdenklich Mögliche auszuprobieren, um die Chancen auf eine Schwangerschaft zu steigern, als auch, Strategien zu finden im Umgang mit dem Rechtfertigungsdruck für eine kinderlose Lebensform. Wunscheltern zeichnen sich durch ihr aktives *Handeln* viel mehr aus als durch ihre passive *Betroffenheit*.

Wie Wunscheltern die Situation des unerfüllten Kinderwunsches erleben, wurde bereits im Kontext anderer Ethnographien und soziologischer Studien untersucht. In der Einleitung sowie im Kapitel zum Forschungsstand wurde betont, dass *Religion* darin bisher weitestgehend vernachlässigt wurde, insbesondere in Studien, die sich auf Europa und die USA bezogen. Dieses Buch hat aufgezeigt, warum eine religionswissenschaftliche Expertise hier so wichtig und innovativ ist. Das bezieht sich sowohl auf den fach-

wissenschaftlichen Zugang dazu als auch auf den Inhalt. Unerfüllter Kinderwunsch, Unfruchtbarkeit und Reproduktionsmedizin sind emotionale Themenfelder, die gewissermassen »anfällig« sind für normative Auseinandersetzungen. Mit ihrem Selbstanspruch auf Wertfreiheit kann und muss die Religionswissenschaft hier einen wichtigen Beitrag leisten.

Auf einer inhaltlichen Ebene zeigen die Forschungsergebnisse, dass Religion als relevanter Faktor für Sinnstiftungen in der Forschungsliteratur zu Unrecht vernachlässigt wurde. Wunscheltern befassen sich mit existenziellen und ethischen Fragen um Lebensentwürfe und um den menschlichen »Eingriff« in ein »Schicksal« – Fragen also, die traditionellerweise von Religion bzw. religiösen Traditionen verhandelt werden. Auch wenn sich nicht alle Interviewten als gläubig identifizierten, so hat sich doch gezeigt: Sinngebungen rund um das Thema der nicht gelingenden Reproduktion sind semantisch selten nüchtern, sondern lassen sich an vielen Stellen als religiös identifizieren. Diese Sinngebungen und Aushandlungsprozesse wurden in den sechs Analysekapiteln dargelegt, die *Doing* unerfüllter Kinderwunsch ausmachen. Im Kontext biomedizinischer Zugänge (7. Kapitel) setzen sich Wunscheltern damit auseinander, ob sie Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten oder nicht. Während die Antwort darauf häufig bereits vorweggenommen ist, bleibt doch – insbesondere, aber nicht nur für evangelikale Wunscheltern – die Frage offen, ob man in den Lauf des »Schicksals« eingreifen darf und wann menschliches Leben eigentlich beginnt. Religion hat sich in diesem Kontext für viele Gläubige als Ressource erwiesen, weil diese mit einem nüchterneren und kritischeren Blick auf die Methoden der Reproduktionsmedizin blickten als andere Wunscheltern dies taten. Insofern gelang es ihnen, abgeklärte Entscheidungen zu treffen – was in bestimmten Fällen auch hiess, ein kinderloses Leben in Kauf zu nehmen. Für diejenigen Wunscheltern, die sich nicht an einem institutionalisiert-religiösen Rahmen orientierten, wurde die Option eines kinderlosen Lebens erst durch den (mehrmaligen) Akt der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin überhaupt denkbar. Die enorme Wirkungsmacht des »therapeutischen Imperativs« hat sich im vorliegenden Untersuchungsfeld immer wieder bestätigt. *Aufzuhören* mit der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin bedingt daher eines ebenso intensiven Entscheidungsmoments wie das stetige »Weitermachen«. Häufig kann in diesem Zusammenhang das Narrativ des »Aufgebens« festgestellt werden – eine Beschreibung, die dem zugrundeliegenden Kraftakt in keinsten Weise gerecht wird.

Alternative Zugänge zu Reproduktion und zu Gesundheit allgemein (8. Kapitel) werden für viele der nicht-religiösen Wunscheltern relevant. Hierbei geht es häufig darum, die eigene Biographie, das »Mindset«, Alltagsroutinen, die Psyche oder die Familiengeschichte als mögliche Gründe für eine nicht-eintretende Schwangerschaft zu verhandeln. Semantisch wird dabei Religion sichtbar in Ausdrücken wie »Seele«, »Energien« oder »Natur«. Während die Annahme, man selbst könne etwas am Status der Unfruchtbarkeit ändern, einerseits empowernd wirkt, beschrieben einige Wunscheltern auch, sich dadurch stellenweise vermehrt als selbst mitverantwortlich oder gar schuldig zu fühlen für ihre Situation. CAM wird insbesondere dann als Ressource erfahren, wenn Wunscheltern die Angebote als Ausgleich bzw. zur Selbstfürsorge nutzen und nicht als Mittel zum Zweck, um die Chancen auf eine Schwangerschaft zu erhöhen. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass diese beiden Motive nicht immer trennscharf sind. Das ist

etwa dann der Fall, wenn beispielsweise eine Hypnosetherapie dazu führen soll, dass eine Klientin die »Kraft« aufbringt, um eine weitere künstliche Befruchtung emotional zu durchstehen.

Die Ausführungen zum Einbezug transzendenter Akteur:innen (9. Kapitel) zeigen, dass eine religionswissenschaftliche Perspektive die Krisenhaftigkeit der Situation verdeutlichen kann. Viele der nicht-religiösen Wunscheltern sprachen von einer »höheren Macht«, von der »Natur« oder vom »Universum«, welches mitbestimmt, ob sie Mutter bzw. Vater werden können. Gleichzeitig machen sie deutlich, dass dies für sie eine Deutung ist, die *eigentlich* nicht ihrem Weltbild entspricht – die Ausseralltäglichkeit der Situation hat zu deren Plausibilität beigetragen. In den wenigsten Fällen jedoch hat sich die Vorstellung einer übergeordneten »Macht« als handlungsleitend erwiesen. Nicht-religiöse Wunscheltern beziehen sich vage und vorsichtig auf solche Konzepte und verarbeiten sie kognitiv nicht konsequent weiter. Die Vorstellung, von irgendeiner nicht fassbaren Grösse als nicht »vorherbestimmt« für die Elternschaft zu sein, hinderte sie nicht daran, Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen, hinterliess aber ein unguutes, mulmiges Gefühl. Eine Ressource stellte für einige der Wunscheltern die Figur der alternativen Expert:in dar. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Personen, die selbst einmal von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen waren, sich aber durch bestimmte Techniken gewissermassen selbst aus der Situation »befreit« haben. Im Anschluss daran liessen sie sich im Bereich von CAM aus- und weiterbilden. Die wahrgenommene Empathie in Kombination mit der Expertise führte dazu, dass viele Wunscheltern ihnen eine aussergewöhnliche Autorität zusprachen, sodass gewissermassen von einer semi-Transzendenz gesprochen werden kann. Sie können Wunscheltern etwa »freisprechen« von Schuldgefühlen oder ihnen Zugang zu ihrem »true inner self« gewähren. Evangelikale hingegen verhandeln Transzendenz erwartungsgemäss auf eine andere Art und Weise. Alle befragten Evangelikalen beschrieben ihren Glauben als Ressource. Gott fungiert in ihrer Vorstellung als Zuhörer, er validiert Gefühle, er gibt Handlungsanweisungen, nimmt ein Stück der Verantwortung von den Gläubigen und wirkt – in einigen Fällen – auch »Wunder«. Das bedeutet nicht, dass keine Momente des Zweifels oder Haderns präsent gewesen wären. Der unerfüllte Kinderwunsch ist, so wie alles andere in ihrem Leben, intrinsisch mit dem Glauben verwoben, weswegen sie in der Interaktion mit Gott nicht nur ihre Identität als (potenziell) Kinderlose, sondern auch als Gläubige verhandeln mussten und daher eine doppelte Reflexionsleistung von ihnen gefordert war.

Auch das imaginierte Wunschkind (10. Kapitel) hat eine spezifisch religionswissenschaftliche Relevanz. Im Kontext der assistierten Reproduktion sehen sich Wunscheltern mit als moralisch bewerteten Fragen konfrontiert, die sich unter »normalen« Umständen nicht stellen würden: Sind die eingefrorenen Embryonen bereits meine »Kinder«? Handelt es sich bei einem gescheiterten Transfer um einen »Kindsverlust«? Darf bzw. soll oder muss ich um den Embryo trauern? Was heisst es für mich, »vorrätige« Embryonen eingefroren zu haben und darf ich an der Erzeugung potenziell »überzähligen« Lebens beteiligt sein? Was bedeutet es, wenn mein zukünftiges Kind »künstlich« hergestellt worden ist? Darf ich eine Fehlgeburt auch positiv werten, weil das bedeutet, dass die »Seele« meines Wunschkindes zumindest zu mir kommen *möchte*? Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen führt in vielen Fällen zu einem intensiven Beziehungsaufbau zum Wunschkind. Da dieses (ausser im Fall der Adoption) noch nicht physisch

als *Kind* existiert, bedingt es einer metaphysischen Imagination. Embryonen haben sich dabei aufgrund der Unberechenbarkeit ihrer Entwicklung als religionswissenschaftlich interessanter Untersuchungsgegenstand erwiesen. Für viele nicht-religiösen Wunscheltern stellte es in einigen Fällen eine Form der Kontingenzbewältigung dar, den Embryonen ein Bewusstsein zuzuschreiben und sich als mit ihnen verbunden zu verstehen. Sie gaben ihnen beispielsweise Namen oder wünschten sich Foto- und Videoaufnahmen ihres (potenziellen) Nachwuchses. Für die christlich-gläubigen Wunscheltern hingegen ging mit dieser Zuschreibung eines Bewusstseins (semantisch etwa durch den Begriff der »Seele« gefasst) in der Regel eine grundlegende Skepsis gegenüber reproduktionsmedizinischen Technologien einher.

Ein unerfüllter Kinderwunsch hat zudem einen Einfluss auf das Identitätsgefühl als (Ehe-)Paar sowie als Frau oder als Mann (11. Kapitel). Sowohl die Bedeutung der Ehe als auch die der Geschlechterzugehörigkeit werden diskursiv massgeblich von Religion(en) mitverhandelt, was sich auf subjektive Relevanzsetzungen auswirkt. Das zeigt sich in den Ausführungen der Evangelikalen im Besonderen. Für viele von ihnen hat sich der hohe Stellenwert der Ehe als Ressource erwiesen. Er fungierte als Garant für deren Fortbestehen und übt eine entlastende Wirkung auf die Befürchtung aus, in der krisenbehafteten Zeit auch noch von der bzw. dem Ehepartner:in verlassen zu werden. Auch die Orientierung an traditionell weiblichen bzw. männlichen Attributen innerhalb eines komplementären Ehegefüges wurde häufig als Coping-Strategie verstanden. Die Frau gilt dabei als körperlich und emotional stärker involviert, während der Mann die Rolle des rationaleren, emotional abgeklärteren Beschützers übernimmt. Die Reflexion dieser Rollenzuweisung sowie die Frage danach, wie sie in Perfektion ausgeübt werden kann, ist integraler Bestandteil der geschlechtergetrennten Treffen evangelikaler Selbsthilfegruppen. Traditionelle Geschlechterrollen zeigen sich jedoch auch explizit in den Ausführungen nicht-religiöser Wunscheltern, etwa in der Annahme, Frauen hätten »natürlicherweise« einen ausgeprägteren Kinderwunsch als Männer. Unabhängig davon, inwieweit Geschlechternormen »nur« diskursiv konstruiert sind oder nicht, haben sie reale Konsequenzen. Sie eröffnen bestimmte Umgangsformen – und erschweren andere. Besonders auffällig war, dass Frauen bzw. Wunschkütter im Austausch mit anderen Wunschküttern eine besondere Ressource sahen. In Einzelfällen wurde diesem Austausch sogar mehr Bedeutung beigemessen als der paarinternen Auseinandersetzung, da den eigenen Ehemännern oft nur bedingt zugeschrieben wurde, die körperlichen Dimensionen eines unerfüllten Kinderwunsches nachfühlen zu können. Männern steht eine vergleichbare Form der Verarbeitung – etwa durch Vernetzung mit anderen Männern – meist nicht zur Verfügung, da das Sprechen über emotional belastende Themen nicht Bestandteil eines hegemonial-männlichen Skripts ist.

Schliesslich kann sowohl Unfruchtbarkeit als auch ungewollte Kinderlosigkeit als ein Stigma betrachtet werden (12. Kapitel). Wunscheltern erfahren sich in einer als »fruchtbar« wahrgenommenen Umwelt permanent als deviant, einerseits durch ihren eigenen Blick auf die Welt und den Fokus auf alles, was mit Schwangerschaft und Babys zu tun hat, andererseits durch Aussagen und durch das Verhalten ihrer Mitmenschen. Sie machen die Erfahrung, dass sie wenig Verständnis für ihr kinderloses Dasein voraussetzen können und dass ihnen aberkannt wird, durch ihre Erfahrungen selbst Expert:innen der Situation geworden zu sein. So sahen sie sich immer wieder konfrontiert mit

»gut gemeinten« (alternativ-)medizinischen »Ratschlägen« oder dem Hinweis, sie sollen doch »einfach adoptieren«. Für die gläubigen Wunscheltern war diese Situation besonders herausfordernd. Ihnen wurde nicht nur der medizinische Expert:innenstatus aberkannt, sondern zuweilen auch der »korrekte« christliche Umgang damit – sie würden zu viel oder zu wenig beten, nicht richtig »glauben«, Gottes Weg nicht akzeptieren oder seine Zeichen nicht richtig deuten. Hinzu kommt, dass evangelikale Gemeinden ungewollt kinderlose Paare zwar akzeptieren, deren Lebensrealitäten jedoch keinerlei Aufmerksamkeit gewähren. Das Leben in den Gemeinden ist fundamental auf die Familie ausgelegt, sodass kinderlosen Menschen in vielerlei Hinsicht der Anschluss fehlt. Evangelikale Gemeinschaften ausserhalb der Selbsthilfegruppen wurden von den gläubigen Wunscheltern demnach eher als eine Belastung denn als Ressource wahrgenommen.

Die diversen theoretischen Anschlussmöglichkeiten, welche in diesem Buch aufgezeigt wurden (Turner, Voas/Bruce, Heelas/Woodhead, Hervieu-Léger, Weber, Luhmann, Butler, Duden und Goffman), verdeutlichen zwei Aspekte. Erstens sind sie ein erneutes Abbild dessen, wie umfassend ein unerfüllter Kinderwunsch für Wunscheltern in der Regel ist. Es geht für sie, in theoretischen Termini gesprochen, sowohl um Übergangsrituale als auch um die Auseinandersetzung mit religiösen Gesundheitskonzepten, um charismatische Autoritätspersonen, denen sie ein Mitspracherecht über ihre Entscheidungen und Sinngewinnungsprozesse gewähren, um Kontingenzbewältigung über Transzendenzbezüge, um ihre geschlechtliche Identität sowie um die Verhandlung eines Stigmas. Zweitens zeigt sich auf einer fachwissenschaftlichen Ebene, wie anschlussfähig die hier untersuchten Themen für religionswissenschaftliche Diskurse sind. Damit lassen sich Unfruchtbarkeit, Reproduktionsmedizin und unerfüllter Kinderwunsch noch einmal dezidiert als religionswissenschaftliches Forschungsdesiderat fassen, wozu dieses Buch einen ersten Schritt zur Schliessung einer Lücke beiträgt.

Die Lücke besteht jedoch weiterhin. Viele Lebensrealitäten erfahren gegenwärtig vermehrt wissenschaftliche Beachtung, wurden von der Religionswissenschaft bisher jedoch weitestgehend nur peripher in den Blick genommen. Dies betrifft zum einen Wunscheltern mit spezifischen soziokulturellen Merkmalen (Religionszugehörigkeiten, Geschlechteridentitäten, sozialer Status), zum anderen die *anderen* Beteiligten von reproduktiven Technologien. Da diese Technologien immer weiter spezialisiert und weiterentwickelt werden, wird es tendenziell immer mehr involvierte Parteien geben. Neben den Wunscheltern, den Mediziner:innen und dem gezeugten Nachwuchs sind dies zunehmend Personen, die ihre Körper, ihr genetisches Material und ihre Körpersubstanzen zur Verfügung stellen: Spermienspender, Eizellspenderinnen, Leihmütter sowie Mitochondrienspenderinnen.¹ Auch in Bezug auf Erhebungsmethoden und die Art des Datenmaterials gilt es, Lücken zu schliessen. Dieses Buch fokussierte auf die

1 Im Kontext des UFSP Human Reproduction Reloaded der Universität Zürich sind diese Perspektiven Bestandteil der Forschung (vgl. die bioethische Arbeit von Lea Heistrüvers über Leihmütter (Profil online verfügbar unter: https://www.humanreproduction.uzh.ch/en/About-us/Academic-Staff/Heistrüvers_Lea-.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025) und die soziologische Arbeit von Daniel Drewniak zu Personen, die mittels einer Samenspende gezeugt worden sind (Profil online verfügbar unter: <https://www.humanreproduction.uzh.ch/en/About-us/Academic-Staff/ddrewniak.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025).

subjektive Rekonstruktion von Handlungen sowie auf die biographische Reflexion von Entscheidungen. In einem weiteren Schritt wäre es erstrebenswert, den praxeologischen und performativen Aspekten eines unerfüllten Kinderwunsches durch ethnographische Vertiefungen stärker nachzugehen – also den tatsächlichen konkreten Praktiken, körperlichen Vollzügen und alltäglichen Routinen, durch die das *Doing* unerfüllter Kinderwunsch erfahrbar wird.

Insbesondere die sozialwissenschaftlich ausgerichtete Religionswissenschaft darf die Bearbeitung dieser Themenfelder nicht allein den Gesundheitswissenschaften, der Rechtswissenschaft und der Medizinethik überlassen, sondern muss die medizinischen und rechtlichen Entwicklungen im Blick behalten und sich als Stimme im wissenschaftlichen Diskurs etablieren.

Anhang

Bibliographie

Sekundärliteratur

- Abels, Heinz (2020): Soziale Interaktion. Wiesbaden: Springer VS.
- Abraham, Andrea/Bitter, Sabine/Kesselring, Rita (2024): Mutter unbekannt: Adoptionen aus Indien in den Kantonen Zürich und Thurgau, 1973–2002. Zürich: Chronos.
- Aeschbach, Mirjam (2023): Bilder nationaler Zugehörigkeit: Muslimische Frauen und »akzeptable Differenz« in Deutschschweizer Mediendiskursen. Bielefeld: transcript Verlag.
- Afroozeh, Mohammad Sadegh/Phipps, Catherine/Afrouzeh, Ali/Alipour Asiri, Zahra/ Safari Jafarloo, Hamid Reza (2024): The Sport and Exercise Experiences of Physically Disabled Women in Iran: Shame, Stereotyping, and Goffman's Stigma. In: Disability & Society, S. 1–23.
- Amlinger, Carolin/Nachtwey, Oliver (2023): Gekränkte Freiheit: Aspekte des Libertären Autoritarismus. Berlin: Suhrkamp.
- Bailey, Anna/Ellis-Caird, Helen/Croft, Carla (2017): Living through Unsuccessful Conception Attempts: a Grounded Theory of Resilience Among Women Undergoing Fertility Treatment. In: Journal of Reproductive and Infant Psychology 35 (4), S. 324–333.
- Balfe, Myles/Brugha, Ruairi/O'Connell, Emer/McGee, Hannah/O'Donovan, Diarmuid/Vaughan, Deirdre (2010): Why don't Young Women go for Chlamydia Testing? A Qualitative Study Employing Goffman's Stigma Framework. In: Health, Risk & Society 12 (2), S. 131–148.
- Barclay, Lesley/Everitt, Louise/Rogan, Frances/Schmied, Virginia/Wyllie, Aileen (1997): Becoming a Mother – an Analysis of Women's Experience of Early Motherhood. In: Journal of Advanced Nursing 25 (4), S. 719–728.
- Barker, Eileen (2004): The Church without and the God within: Religiosity and/or Spirituality. In: Jerolimov, Dinka Marinovic/Zrinscak, Sinisa/Borowik, Irena (Hg.): Religiosity and/or Spirituality: Religion and Patterns of Social Transformation. Zagreb: Institute for Social Research in Zagreb. S. 23–47.
- Barnes, Patricia M./Bloom, Barbara/Nahin, Richard L. (2008): Complementary and Alternative Medicine Use among Adults and Children: United States, 2007. In: National Health Statistics Reports (12), S. 1–23.

- Bärnreuther, Sandra (2016): Innovations »Out of Place«: Controversies Over IVF Beginnings in India Between 1978 and 2005. In: *Medical Anthropology* 35 (1), S. 73–89.
- Bärnreuther, Sandra (2021): *Substantial Relations: Making Global Reproductive Medicine in Postcolonial India*. Ithaca: Cornell University.
- Bartolomé-Pera, Edurne/Coromina, LLuis (2020): Attitudes towards Life and Death in Europe: a Comparative Analysis. In: *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 56 (6), S. 835–862.
- Baumeister, Roy F./Bratslavsky, Ellen/Finkenauer, Catrin/Vohs, Kathleen D. (2001): Bad is Stronger than Good. In: *Review of General Psychology* 5 (4), S. 323–370.
- Becker, Gay (2000): *The Elusive Embryo: How Women and Men Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.
- Beckford, James A. (1984): Holistic Imagery and Ethics in New Religious and Healing Movements. In: *Social Compass* 31 (2–3), S. 259–272.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1989): From the Pill to Test-Tube Babies: New Options, New Pressures in Reproductive Behaviour. In: Strother Ratcliff, Kathryn (Hg.): *Healing Technology: Feminist Perspectives*. University of Michigan Press: An Arbour. S. 23–40.
- Behar, Ruth (1996): *The Vulnerable Observer: Anthropology That Breaks Your Heart*. Boston, Mass: Beacon Press.
- Bell, Kirsten (2014): Resisting Commensurability: Against Informed Consent as an Anthropological Virtue. In: *American Anthropologist* 116 (3), S. 511–522.
- Bell, Catherine (2017): Ritual. In: *The Blackwell Companion to the Study of Religion*. John Wiley & Sons, Ltd. S. 397–411.
- Benninghaus, Christina (2005): Eine »unästhetische Prozedur«: Debatten über »Künstliche Befruchtung« um 1912. In: Orland, Barbara (Hg.): *Artifizielle Körper – Lebendige Technik: Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich: Chronos. S. 107–127.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1966): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Beringer, Samira/Milewski, Nadja (2024): A Crisis in the Life Course? Pregnancy Loss Impacts Fertility Desires and Intentions. In: *Advances in Life Course Research* 60, S. 1–20.
- Besse, Margaret/Lampe, Nik M./Mann, Emily S. (2020): Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. In: *The Yale Journal of Biology and Medicine* 93 (4), S. 517–528.
- Bharadwaj, Aditya (2016): *Conceptions: Infertility and Procreative Modernity in India*. New York: Berghahn Books.
- Bhatti, Lubna Ishaq/Fikree, Fariyal F./Khan, Amanullah (1999): The Quest of Infertile Women in Squatter Settlements of Karachi, Pakistan: a Qualitative Study. In: *Social Science & Medicine* 49, S. 637–649.
- Biel, Kiki/Braam, Arjan W./Wojtkowiak, Joanna (2022): Ritualizing Abortion: A Qualitative Study on Ritual and Its Meanings in The Netherlands. In: *Religions* 13 (7), S. 592.
- Bielfeld, Alexandra Petra/Krüssel, Jan-Steffen/Baston-Büst, Dunja-Maria (2020): Ovarielles Überstimulationssyndrom. In: Diedrich, Klaus/Ludwig, Michael/Griesinger, Georg (Hg.): *Reproduktionsmedizin*. Berlin: Springer. S. 317–328.

- Bleisch, Barbara (2022): Kinderwunsch ohne Grenzen? Vortrag im Rahmen des Workshops des Zentrums fürs Life Sciences-Recht: Fortpflanzungsmedizin für alle? 26.01.2022, Universität Basel.
- Blöchliger, Brigitte/Mertens, Maila (2024): Schweizer:innen offen gegenüber dem »Nachhelfen« beim Kinderkriegen. In: UZH News, https://www.news.uzh.ch/de/articles/news/2024/assistierte_reproduktion.html.
- Blyth, Eric/Landau, Ruth (2009): *Faith and Fertility Attitudes Towards Reproductive Practices in Different Religions from Ancient to Modern Times*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Böcker, Julia (2015): Kein Tod ohne Leben: Zu Krisen des Trauerns nach Fehl- und Totgeburt. In: Endreß, Martin (Hg.): *Routinen der Krise – Krise der Routinen: Verhandlungen des 37. Kongresses der DGS in Trier*. Trier.
- Böcker, Julia (2016): Frühe Tode. Verräumlichungen der Trauer um Ungeborene. In: *Die Zukunft des Todes*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 317–338.
- Böcker, Julia (2022): *Fehlgeburt und Stillgeburt: eine Kulturosoziologie der Verlusterfahrung (= Randgebiete des Sozialen)*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Böhm, Andreas (2013): *Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory*. In: Flick, Uwe (Hg.): *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Boyle, Eric W. (2013): *Quack Medicine: A History of Combating Health Fraud in Twentieth-Century America*. Santa Barbara: Praeger.
- Braidotti, Rosi (1994): *Nomadic Subjects: Embodiment and Sexual Difference in Contemporary Feminist Theory*. New York: Columbia University Press.
- Bräunlein, Peter J. (2012): *Zur Aktualität von Victor W. Turner: Einleitung in sein Werk*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bredal, Anja/Stefansen, Kari/Bjørnholt, Margunn (2022): Why do people participate in research interviews? Participant orientations and ethical contracts in interviews with victims of interpersonal violence. In: *Qualitative Research* 24 (2), S. 287–304.
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris (2015): *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung (= UTB 3979)*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft.
- Brown, Candy (2013): *The Healing Gods: Complementary and Alternative Medicine in Christian America*. Oxford: University Press.
- Brown, Jenny (2019): *Birth Strike: The Hidden Fight over Women's Work*. Oakland, CA: PM Press.
- Browner, Carole H./Sargent, Carolyn F. (2021): Reproduction and the State. In: Han, Sallie/Tomori, Cecilia (Hg.): *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*. Routledge. S. 87–105.
- Bruce, Steve (2001a): The Social Process of Secularization. In: Fenn, Richard K. (Hg.): *The Blackwell Companion to Sociology of Religion*. Oxford: Blackwell. S. 249–263.
- Bruce, Steve (2001b): Religion as a Chain of Memory by Danièle Hervieu-Léger [sic!]. In: *American Journal of Sociology* 106 (5), S. 1478–1480.
- Buchard, Emmanuelle (2014a): Ein Leben gemäss evangelisch-freikirchlichen Normen und Werten. In: Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Gachet, Caroline/Buchard, Emmanuelle (Hg.): *Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus*. Zürich: Pano-Verlag. S. 79–108.

- Buchard, Emmanuelle (2014b): Autoritätsausübung: Figuren und Mechanismen. In: Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Gachet, Caroline/Buchard, Emmanuelle (Hg.): Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus. Zürich: Pano-Verlag. S. 139–165.
- Buchard, Emmanuelle (2014c): In evangelisch-freikirchlicher Gemeinschaft leben. In: Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus. Zürich: Pano Verlag. S. 109–138.
- Bürgin, Matthias (2022): Rechtspolitische Entwicklungen im Bereich des Fortpflanzungsmedizingesetzes. Vortrag im Rahmen des Workshops des Zentrums fürs Life Sciences-Recht: Fortpflanzungsmedizin für alle? 27.01.2022, Universität Basel.
- Butler, Judith (1990): Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge.
- Butler, Judith (1993): Bodies that Matter: On the Discursive Limits of »Sex«. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Campbell, Rebecca (2002): Emotionally Involved: The Impact of Researching Rape. New York: Routledge.
- Carling, Finn (1962): And Yet We are Human. New York: Arno Press.
- Causey, Kelly A./Duran-Aydintug, Candan (1998): Tendency to Stigmatize Lesbian Mothers in Custody Cases. In: Journal of Divorce & Remarriage 28 (1–2), S. 171–182.
- Charmaz, Kathy (2006): Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis. London: Sage.
- Czarnecki, Danielle (2022): »I'm trying to create, not destroy«: Gendered Moralities and the Fate of IVF Embryos in Evangelical Women's Narratives. In: Qualitative Sociology 45, S. 89–121.
- Damir-Geilsdorf, Sabine/Menzfeld, Mira (2020): Methodological and Ethical Challenges in Empirical Approaches to Salafism. In: Journal of Muslims in Europe 9, S. 135–149.
- Daniluk, Judith C. (1996): When Treatment Fails: The Transition to Biological Childlessness for Infertile Women. In: Women & Therapy 19 (2), S. 81–98.
- Davie, Grace (2013): The Sociology of Religion. London: Sage Publications.
- de Beauvoir, Simone (2000): Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- de Galemert, Claire (2004): Die Religionssoziologie »à la française«: Vom positivistischen Erbe zur Erforschung der religiösen Moderne. In: Pilger und Konvertiten. Würzburg: Ergon-Verlag. S. IX–XLVI.
- de Zoeten, M.J./Tymstra, T./Alberda, A.T. (1987): The Waiting-List for IVF: the Motivations and Expectations of Women Waiting for IVF Treatment. In: Human Reproduction 2 (7), S. 623–626.
- Dean, Liz/Churchill, Brendan/Ruppner, Leah (2022): The Mental Load: Building a Deeper Theoretical Understanding of How Cognitive and Emotional Labor Overload Women and Mothers. In: Community, Work & Family 25 (1), S. 13–29.
- Dempsey, Laura/Dowling, Maura/Larkin, Philip/Murphy, Kathy (2016): Sensitive Interviewing in Qualitative Research. In: Research in Nursing & Health 39 (6), S. 480–490.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Dickson-Swift, Virginia (2022): Undertaking Qualitative Research on Trauma: Impacts on Researchers and Guidelines for Risk Management. In: *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal* 17 (4), S. 469–486.
- Diner, Hasia R. (2003): *A New Promised Land: a History of Jews in America*. New York: Oxford University Press.
- Dionisius, Sarah Charlotte (2021): *Queere Praktiken der Reproduktion: Wie lesbische und queere Paare Familie, Verwandtschaft und Geschlecht gestalten*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Doyal, Lesley (1987): Infertility – a Life Sentence? Women and the National Health Service. In: Stanworth, Michelle (Hg.): *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Cambridge: Polity Press. S. 174–190.
- Duclow, Donald F. (2002): William James, Mind-Cure, and the Religion of Healthy-Mindedness. In: *Journal of Religion and Health* 41 (1), S. 45–56.
- Duden, Barbara (1993): Die Frau ohne Unterleib: Zu Judith Butlers Entkörperung: Ein Zeitdokument. In: *Feministische Studien* 2, S. 24–33.
- Duden, Barbara (2010): *Frauen-»Körper«: Erfahrungen und Diskurs (1970–2004)*. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 593–607.
- Dudgeon, Matthew R./Inhorn, Marcia (2003): Gender, Masculinity, and Reproduction: Anthropological Perspectives. In: *International Journal of Men's Health* 2 (1), S. 31–56.
- Earle, Sarah (2014): A Life-Course Approach to Human Reproduction. In: *Human Fertility* 17 (3), S. 151–153.
- Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda (2012): An Introduction to Understanding Reproductive Loss. In: Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda (Hg.): *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. New York: Routledge. S. 1–8.
- Elliott, Gregory C./Ziegler, Herbert L./Altman, Barbara M./Scott, Deborah R. (1982): Understanding Stigma: Dimensions of Deviance and Coping. In: *Deviant Behaviour* 3 (3), S. 275–300.
- Ellis-Sloan, Kyla/Tamplin, Amy (2019): Teenage Mothers and Social Isolation: The Role of Friendship as Protection against Relational Exclusion. In: *Social Policy and Society* 18 (2), S. 203–218.
- Erato, Gina/Ciciolla, Lucia/Shreffler, Karina M./Greil, Arthur L. (2022): Changes in Importance of Motherhood Following Pregnancy Loss. In: *Journal of Family Issues* 43 (3), S. 741–751.
- Erickson, Rebecca J. (2005): Why Emotion Work Matters: Sex, Gender, and the Division of Household Labor. In: *Journal of Marriage and Family* 67 (2), S. 337–351.
- Farzadi, Laya/Mohammadi-Hosseini, Faezeh/Seyyed-Fatemi, Naeimeh/Alikhah, Hossein (2007): Assessment of Stressors and Coping Strategies of Infertile Women. In: *Journal of Medical Sciences* 7 (4), S. 603–608.
- Favre, Olivier (2006): *Les Eglises Évangéliques de Suisse: Origines et Identités*. Genf: Labor et Fides.

- Favre, Olivier (2014): Das evangelisch-freikirchliche Paar. In: Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Gachet, Caroline/Buchard, Emmanuelle (Hg.): Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus. Zürich: Pano Verlag.
- Favre, Olivier/Stolz, Jörg (2009): L'Émergence des Évangéliques en Suisse: Implantation, Composition Socioculturelle et Reproduction de l'Évangélisme à Partir des Données du Recensement 2000. In: *Revue Suisse de Sociologie* 35 (3), S. 453–477.
- Fedele, Anna (2016): »Holistic Mothers« or »Bad Mothers«? Challenging Biomedical Models of the Body in Portugal. In: *Religion & Gender* 6 (1), S. 95–111.
- Feuerstein, Günter (2008): Die Technisierung der Medizin: Anmerkungen zum Preis des Fortschritts. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 161–188.
- Foucault, Michel (1989): *Die Sorge um sich*. Berlin: Suhrkamp.
- Frank, Katharina (2014): *Die Konstruktion von religiösem und säkularem Wissen im schulischen Religionsunterricht*. Zürich: Universität Zürich.
- Franke, Edith/Maske, Verena (2008): Feministisch orientierte Religionswissenschaft in der gesellschaftlichen Praxis. In: Klöcker, Michael/Tworuschka, Udo (Hg.): *Praktische Religionswissenschaft: Ein Handbuch für Studium und Beruf*. Köln: Böhlau. S. 63–75.
- Franke, Edith/Maske, Verena (2012): Religionen, Religionswissenschaft und die Kategorie Geschlecht/Gender. In: Stausberg, Michael (Hg.): *Religionswissenschaft*. Berlin, Boston: De Gruyter. S. 125–140.
- Franke, Edith/Matthiae, Gisela/Sommer, Regina (2002): *Frauen Leben Religion: Ein Handbuch empirischer Forschungsmethoden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Franklin, Sarah (1997): *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London and New York: Routledge.
- Franklin, Sarah (1998): Making Miracles: Scientific Progress and the Facts of Life. In: Franklin, Sarah/Ragone, Helena (Hg.): *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Philadelphia Press. S. 102–117.
- Franklin, Sarah (2002): »Du musst es versuchen« und »Du musst dich entscheiden«: Was IVF den Frauen sagt. In: Duden, Barbara/Noeres, Dorothea (Hg.): *Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt*. Opladen: Leske + Budrich. S. 359–392.
- Franklin, Sarah/Roberts, Celia (2006): *Born and Made: An Ethnography of Preimplantation Genetic Diagnoses*. Princeton: Princeton University Press.
- Fuller, Robert C. (2021): Policing the Boundaries of Medical Science: Causality, Evidence, and the Question of Religion. In: Lüddeckens, Dorothea/Hetmanczyk, Philipp/Klassen, Pamela E./Stein, Justin B. (Hg.): *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health*. London, New York: Routledge.
- Gammeltoft, Tine (2014): *Haunting Images: a Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam*. Berkeley: University of California Press.
- Gardner, Christine J. (2011): *Making Chastity Sexy: The Rhetoric of Evangelical Abstinence Campaigns*. Berkeley: University of California Press.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.

- Garton, Sue/Copland, Fiona (2010): ›I Like this Interview; I Get Cakes and Cats!‹: the Effect of Prior Relationships on Interview Talk. In: *Qualitative Research* 10 (5), S. 533–551.
- Gazzo Castañeda, Lupita Estefania/Richter, Bruno/Knauff, Markus (2016): Negativity Bias in Defeasible Reasoning. In: *Thinking & Reasoning* 22 (2), S. 209–220.
- Gekoski, Anna/Gray, Jacqueline M./Adler, Joanna R. (2012): Interviewing Women Bereaved by Homicide: Assessing the Impact of Trauma-Focused Research. In: *Psychology, Crime & Law* 18 (2), S. 177–189.
- Gerrits, Trudie (2016): Patient-Centred IVF: Bioethics and Care in a Dutch Clinic (= Fertility, Reproduction and Sexuality: Social and Cultural Perspectives 33). New York: Berghahn Books.
- Giddens, Anthony/Fleck, Christian/Egger de Campo, Marianne (2009): *Soziologie*. Graz, Wien: Nausner & Nausner.
- Gildemeister, Regine (2010): Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung. In: Becker, Ruth/Kortendiek, Beate (Hg.): *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 137–145.
- Gildemeister, Regine/Wetterer, Angelik (1992): Wie Geschlechter gemacht werden: Die soziale Konstruktion der Zweigeschlechtlichkeit und ihre Reifizierung in der Frauenforschung. In: Knapp, Gudrun-Axeli/Wetterer, Angelika (Hg.): *Traditionen Brüche: Entwicklungen feministischer Theorie*. Freiburg i.Br.: Kore. S. 201–254.
- Gilliat-Ray, Sophie/Jacobs, Stephen/Gregg, Stephen E./Bird, Frederick/Lamoureux Scholes, Laurie/Engler, Steven (2022): Research Ethics. In: Engler, Steven/Stausberg, Michael (Hg.): *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion*. London and New York: Routledge. S. 88–109.
- Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Goffman, Erving (1977): *Rahmen-Analyse: Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1986): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone.
- Göknar, Merve Demircioğlu (2015): Achieving Procreation: Childlessness and IVF in Turkey (= Fertility, Reproduction and Sexuality: Social and Cultural Perspectives 29). New York, Oxford: Berghahn Books.
- Gottlieb, Benjamin H./Pancer, S. Mark (1988): Social Networks and the Transition to Parenthood. In: Michaels, Gerald Y./Goldberg, Wendy A. (Hg.): *The Transition to Parenthood: Current Theory and Research*. New York: Cambridge University Press. S. 235–269.
- Greil, Arthur L. (1991): *Not Yet Pregnant: Infertile Couples in Contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Greil, Arthur L./Slauson-Blevins, Kathleen/McQuillan, Julia (2010): The Experience of Infertility: a Review of Recent Literature. In: *Sociology of Health & Illness* 32 (1), S. 140–162.
- Grice, Paul H. (1975): Logic and Conversation. In: Cole, Peter/Morgan, Jerry L. (Hg.): *Syntax and Semantics*. New York: Academic Press. S. 41–58.

- Grigo, Jacqueline (2014): *Religiöse Kleidung: Vestimentäre Praxis zwischen Identität und Differenz*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Grunberg, Paul H./Da Costa, Deborah/Dennis, Cindy-Lee/O'Connell, Siobhan/Lahuec, Alix/Zelkowitz, Phyllis (2021): »How did you Cope with such Concerns?«: Insights from a Monitored Online Infertility Peer Support Forum. In: *Human Fertility* 26 (1), 69–83.
- Gunnarsson Payne, Jenny/Korolczuk, Elzbieta/Mezinska, Signe (2020): Surrogacy Relationships: a Critical Interpretative Review. In: *Upsala Journal of Medical Sciences* 125 (2), S. 183–191.
- Günther, Marita/Maske, Verena (2018): Religionswissenschaft: Macht – Religion – Geschlecht. Perspektiven der Geschlechterforschung. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung (= Geschlecht und Gesellschaft)*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 1–11.
- Gupta, Jyotsna Agnihotri/Richters, Annemiek (2008): Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination. In: *Journal of Bioethical Inquiry* 5 (4), S. 239–249.
- Hadley, Robin A. (2021): »No Longer Invincible«: the Impact of Involuntary Childlessness on Older Men. In: *Physical Therapy Reviews* 26 (5), S. 328–343.
- Hall, Stuart (1990): Cultural Identity and Diaspora. In: Rutherford, Jonathan (Hg.): *Identity: Community, Culture, Difference*. London: Lawrence & Wishart. S. 222–237.
- Hamann, Christof/Kißling, Magdalena (2017): Going Native. In: Götsche, Dirk/Dunker, Axel/Dürbeck, Gabriele (Hg.): *Handbuch Postkolonialismus und Literatur*. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag. S. 149–153.
- Hanegraaff, Wouter J. (1996): *New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought (= Studies in the History of Religions 72)*. Leiden, New York, Köln: Brill.
- Hanses, Andreas (2012): Gesundheit als soziale Praxis. Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hg.): *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35–51.
- Hauser, Beatrix (2021): The Health Imaginary of Postural Yoga. In: *Anthropology & Medicine* 28 (3), S. 297–319.
- Hecht, Miriam (2022): Doing Queer Reproduction: Praktiken und Erfahrungen von Frauenpaaren mit Kinderwunsch in Niedersachsen. In: Fröhlich, Marie/Schütz, Ronja/Wolf, Katharina (Hg.): *Politiken der Reproduktion: Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 175–188.
- Heelas, Paul (2002): The Spiritual Revolution: From »Religion« to »Spirituality«. In: Woodhead, Linda/Fletcher, Paul/Kawanami, Hiroko/Smith, David (Hg.): *Religions in the Modern World: Traditions and Transformations*. London/New York: Routledge. S. 357–377.
- Heelas, Paul/Woodhead, Linda (2005): *The Spiritual Revolution: Why Religion is Giving Way to Spirituality (= Religion and spirituality in the modern world)*. Malden, Mass: Blackwell.
- Heitlinger, Alena (1987): *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. London: Macmillan Press.

- Helfferrich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heller, Birgit (2024): III.4 Sexualität. In: Heller, Birgit/Franke, Edith (Hg.): *Religion und Geschlecht*. Berlin, Boston: De Gruyter. S. 407–424.
- Heller, Birgit/Franke, Edith (2024): *Religion und Geschlecht*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Hennessey, Anna M. (2021): Religion, Nonreligion and the Sacred: Art and the Contemporary Rituals of Birth. In: *Religions* 12 (11), S. 941.
- Hero, Markus (2018): Religiöser Markt. In: Pollack, Detlef/Krech, Volkhard/Müller, Olaf/ Hero, Markus (Hg.): *Handbuch Religionssoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 567–589.
- Hero, Markus (2021): Religious Entrepreneurs in the Health Market: Opportunities in a Field Dominated by Biomedicine. In: Lüddeckens, Dorothea/Hetmanczyk, Philipp/Klassen, Pamela E./Stein, Justin B. (Hg.): *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health*. London, New York: Routledge. S. 376–387.
- Hervieu-Léger, Danièle (2000): *Religion as a Chain of Memory*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Hervieu-Léger, Danièle (2004): *Pilger und Konvertiten. Religion in Bewegung*. Würzburg: Ergon-Verlag.
- Hiadzi, Rosemond Akpene/Boafo, Isaac Mensah/Tetteh, Peace Mamle (2021): »God helps those who help themselves«... religion and Assisted Reproductive Technology Usage amongst Urban Ghanaians. In: *PloS One* 16 (12), S. 1–13.
- Hiimäe, Reet (2017): Destiny, Miracle Healers and Magical Intervention: Vernacular Beliefs on Involuntary Childlessness in Estonia. In: *Journal of Ethnology and Folkloristics* 11 (2), S. 25–50.
- Hoberg, Verena (2017a): Evangelikale Lebensführung und Alltagsfrömmigkeit. In: Elwert, Frederik/Radermacher, Martin/Schlamelcher, Jens (Hg.): *Handbuch Evangelikalismus (= Religionswissenschaft)*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 209–226.
- Hoberg, Verena (2017b): Evangelikalismus und Gender. In: Elwert, Frederik/Radermacher, Martin/Schlamelcher, Jens (Hg.): *Handbuch Evangelikalismus (= Religionswissenschaft)*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 227–241.
- Holstein, James A./Gubrium, Jaber F. (1995): *The Active Interview*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Huber, Fabian/Stolz, Jörg (2017): Das evangelikale Milieu. In: Elwert, Frederik/Radermacher, Martin/Schlamelcher, Jens (Hg.): *Handbuch Evangelikalismus (= Religionswissenschaft)*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 275–287.
- Hugman, R./Pittaway, E./Bartolomei, L. (2011): When »Do No Harm« Is Not Enough: The Ethics of Research with Refugees and Other Vulnerable Groups. In: *British Journal of Social Work* 41 (7), S. 1271–1287.
- Humphrey, Michael (1969): *The Hostage Seekers: A Study of Childless and Adopting Couples*. London: Longman.
- Husain, Jonelle/Kelly, Kimberly (2017): Stigma Rituals as Pathways to Activism: Stigma Convergence in a Post Abortion Recovery Group. In: *Deviant Behavior* 38 (5), S. 575–592.

- Hutchinson, Sally A./Wilson, Margaret E./Wilson, Holly Skodol (1994): Benefits of Participating in Research Interviews. In: *Image: the Journal of Nursing Scholarship* 26 (2), S. 161–166.
- Imeson, Margaret/McMurray, Anne (1996): Couples' Experiences of Infertility: a Phenomenological Study. In: *Journal of Advanced Nursing* 24 (5), S. 1014–1022.
- Inhorn, Marcia (2021): Infertility, In Vitro Fertilization, and Fertility Preservation. In: Han, Sallie/Tomori, Cecilia (Hg.): *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*. London: Routledge. S. 217–232.
- Inhorn, Marcia (2023): *Motherhood on Ice: The Mating Gap and Why Women Freeze Their Eggs*. New York: NYU Press.
- Inhorn, Marcia C./Shrivastav, Pankaj/Patrizio, Pasquale (2012): Assisted Reproductive Technologies and Fertility »Tourism«: Examples from Global Dubai and the Ivy League. In: *Medical Anthropology* 31 (3), S. 249–265.
- Jelinek-Menke, Ramona (2021): *Religion und Disability: Behinderung und Befähigung in religiösen Kontexten. Eine religionswissenschaftliche Untersuchung (= Religionswissenschaft)*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Jennings, Patricia K. (2010): »God had Something Else in Mind«: Family, Religion, and Infertility. In: *Journal of Contemporary Ethnography* 39 (2), S. 215–237.
- Jia, Haomiao/Lubetkin, Erica I. (2020): Life Expectancy and Active Life Expectancy by Marital Status among Older U.S. Adults: Results from the U.S. Medicare Health Outcome Survey (HOS). In: *SSM – Population Health* 12, S. 1–9.
- Jurczyk, Karin (2014): *Doing Family – der Practical Turn der Familienwissenschaften*. In: Steinbach, Anja/Hennig, Marina/Arránz Becker, Oliver (Hg.): *Familie im Fokus der Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer. S. 117–138.
- Jütte, Robert (1996): *Geschichte der alternativen Medizin*. München: C. H. Beck.
- Kako, Peninnah M./Dubrosky, Rebekah (2013): »You Comfort Yourself and Believe in Yourself«: Exploring Lived Experiences of Stigma in HIV-Positive Kenyan Women. In: *Issues in Mental Health Nursing* 34 (3), S. 150–157.
- Kannengießler, Sigrid (2019): *Ethnographische Forschung*. In: Dorer, Johanna/Geiger, Brigitte/Hipfl, Brigitte/Ratković, Viktorija (Hg.): *Handbuch Medien und Geschlecht: Perspektiven und Befunde der feministischen Kommunikations- und Medienforschung*. Wiesbaden: Springer VS. S. 1–8.
- Kellehear, Allan (2003): Complementary Medicine. Is it more Acceptable in Palliative Care Practice? In: *The Medical Journal of Australia* 179, S. 46–48.
- Kentenich, Heribert/Küpker, Wolfgang/Tschudin, Sibil/Wildt, Ludwig (2021): Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes und daraus resultierende Entwicklungen in der Schweiz. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 19, S. 156–159.
- Khosravi, Shahram (2012): White Masks/Muslim Names: Immigrants and Name-Changing in Sweden. In: *Race & Class* 53 (3), S. 65–80.
- King, Ursula (2005): General Introduction: Gender-Critical Turns in the Study of Religion. In: King, Ursula/Beattie, Tina (Hg.): *Gender, Religion and Diversity: Cross-Cultural Perspectives*. London/New York: Continuum International Publishing Group. S. 1–10.
- Klass, Dennis (1996): The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents During the Resolution of Grief. In: Klass, Dennis/Silverman, Phyllis R./

- Nickman, Steven L. (Hg.): *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis. S. 199–215.
- Klassen, Pamela E. (2001): *Sacred Maternities and Postbiomedical Bodies: Religion and Nature in Contemporary Home Birth*. In: *Signs* 26 (3), S. 775–809.
- Klassen, Pamela E. (2019): *Contraception and the Coming of Secularism: Reconsidering Reproductive Freedom as Religious Freedom*. In: Scheer, Monique/Fadil, Nadia/Johansen Schepelern, Brigitte (Hg.): *Secular Bodies, Affects and Emotions: European Configurations*. London: Bloomsbury Academic. S. 17–30.
- Kleine, Christoph (2012): *Zur Universalität der Unterscheidung religiös/säkular: Eine systemtheoretische Betrachtung*. In: *Religionswissenschaft: Ein Studienbuch*. Berlin: De Gruyter. S. 65–80.
- Kleine, Christoph (2016): *Niklas Luhmann und die Religionswissenschaft: Geht das zusammen?* In: *Zeitschrift für Religionswissenschaft* 24 (1), S. 47–82.
- Klinger, Cornelia (2005): *Feministische Theorie zwischen Lektüre und Kritik des philosophischen Kanons*. In: Bußmann, Hadumod/Hof, Renate (Hg.): *Genus: Geschlechterforschung/Gender Studies in den Kultur- und Sozialwissenschaften*. Stuttgart: Kröner. S. 328–364.
- Klinkhammer, Gritt (2012): *Zur Performativität religionswissenschaftlicher Forschung*. In: Stausberg, Michael (Hg.): *Religionswissenschaft*. Berlin, Boston: De Gruyter. S. 141–153.
- Knoblauch, Hubert (1991): *Die Verflüchtigung der Religion ins Religiöse*. Thomas Luckmanns *Unsichtbare Religion*. In: Luckmann, Thomas (Hg.): *Die unsichtbare Religion*. Mit einem Vorwort von Hubert Knoblauch. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S. 7–41.
- Knoblauch, Hubert (2001): *Fokussierte Ethnographie: Soziologie, Ethnologie und die neue Welle der Ethnographie*. In: *sozialersinn* 2 (1), S. 123–141.
- Knoblauch, Hubert (2009): *Populäre Religion: Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft?* Frankfurt a.M.: Campus.
- Kurth, Stefan/Lehmann, Karsten (2011): *Narrativ fundierte Interviews mit religiösen Subjekten: Individualsynkretismus als Typus moderner Religiosität*. In: Kurth, Stefan/Lehmann, Karsten (Hg.): *Religionen erforschen: Kulturwissenschaftliche Methoden in der Religionswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 135–168.
- Kvale, Steinar/Brinkmann, Svend (2015): *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Interviewing*. Los Angeles: Sage Publications.
- Lam, Wai Ching/Lyu, Aiping/Bian, Zhaoxiang (2019): *ICD-11: Impact on Traditional Chinese Medicine and World Healthcare Systems*. In: *Pharmaceutical Medicine* 33 (5), S. 373–377.
- Lankes, Jane (2022): *Negotiating »Impossible« Ideals: Latent Classes of Intensive Mothering in the United States*. In: *Gender & Society* 36 (5), S. 677–703.
- Lasker, Judith/Borg, Susan (1987): *In Search of Parenthood: Coping With Infertility and High-Tech Conception*. Boston: Beacon.
- Law, Caroline (2019): *Men on the Margins? Reflections on Recruiting and Engaging Men in Reproduction Research*. In: *Methodological Innovations* 12 (1), 1–12.

- Layne, Linda (2021): *Alternative Domesticities: Spatial Dynamism in the Home-Making of one Middle-Class, Heterosexual, American Single Mother by Choice*. In: *Home Cultures* 17 (3), S. 173–204.
- Leenens, Brigitte (2022): Aktuelle Entwicklungen in der Fortpflanzungsmedizin. Vortrag im Rahmen des Workshops des Zentrums fürs Life Sciences-Recht: Fortpflanzungsmedizin für alle? 27.01.2022, Universität Basel.
- Letherby, Gayle (2012): »Infertility« and »Involuntary Childlessness«: Losses, Ambivalences and Resolutions. In: Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda (Hg.): *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. New York: Routledge. S. 9–22.
- Letherby, Gayle/Marchbank, Jen (2003): *Cyber-Chattels: Buying Brides and Babies on the Net*. In: Jewkes, Yvonne (Hg.): *Dot.cons: Crime, Deviance and Identity on the Internet*. Devon: Willan. S. 68–85.
- Letherby, Gayle/Williams, Catherine (1999): *Non-Motherhood: Ambivalent Autobiographies*. In: *Feminist Studies* 25 (3), S. 719–728.
- Levy, Karen E. C. (2015): *Intimate Surveillance*. In: *Idaho Law Review* 51, S. 679–693.
- Liebsch, Katharina (2001): *Panik und Puritanismus. Über die Herstellung traditionellen und religiösen Sinns*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lonergan, Gwyneth (2015): *Migrant Women and Social Reproduction under Austerity*. In: *Feminist Review* (109), S. 124–145.
- Longman, Chia (2020): *Healers, Missionaries and Entrepreneurs of the Feminine: the Secularization of Contemporary Women's Spirituality*. In: Fedele, Anna/Knibbe, Kim E. (Hg.): *Secular Societies, Spiritual Selves? The Gendered Triangle of Religion, Secularity and Spirituality (= Gendering the Study of Religion in the Social Sciences)*. New York: Routledge. S. 68–89.
- Lorber, Judith (1989): *Choice, Gift, or Patriarchal Bargain? Women's Consent to In Vitro Fertilization in Male Infertility*. In: *Hypatia* 4 (3), S. 23–36.
- Lorber, Judith (1993): *Believing is Seeing. Biology as Ideology*. In: *Gender and Society* 7 (4), S. 568–581.
- Luckmann, Thomas (1991): *Die unsichtbare Religion (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 947)*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luckmann, Thomas (1996): *Privatisierung und Individualisierung: Zur Sozialform der Religion in spätindustriellen Gesellschaften*. In: Gabriel, Karl (Hg.): *Religiöse Individualisierung oder Säkularisierung: Biographie und Gruppe als Bezugspunkte moderner Religiosität (= Veröffentlichungen der Sektion Religionssoziologie in der DGS 1)*. Gütersloh: Kaiser Gütersloher Verlagshaus. S. 17–28.
- Lüddeckens, Dorothea (2012): *III.5 Religion und Medizin in der europäischen Moderne*. In: Stausberg, Michael (Hg.): *Religionswissenschaft*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Lüddeckens, Dorothea (2013): *Relevanz in der Interaktion: Kleidung und Religion*. In: Lüddeckens, Dorothea/Uehlinger, Christoph/Walthert, Rafael (Hg.): *Die Sichtbarkeit religiöser Identität: Repräsentation – Differenz – Konflikt*. Zürich: Pano-Verlag. S. 37–76.
- Lüddeckens, Dorothea (2018): *Complementary and Alternative Medicine (CAM) as a Toolkit for Secular Health-Care: The De-differentiation of Religion and Medicine*. In: Lüddeckens, Dorothea/Schrimpf, Monika (Hg.): *Medicine – Religion – Spirituality:*

- Global Perspectives on Traditional, Complementary, and Alternative Healing. Bielefeld: transcript Verlag. S. 167–199.
- Lüddeckens, Dorothea/Hetmanczyk, Philipp/Klassen, Pamela E./Stein, Justin B. (2022): *The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health*. London, New York: Routledge.
- Lüddeckens, Dorothea/Schrimpf, Monika (2018): Introduction: Observing the Entanglement of Medicine, Religion and Spirituality through the Lens of Differentiation. In: Lüddeckens, Dorothea/Schrimpf, Monika (Hg.): *Medicine – Religion – Spirituality: Global Perspectives on Traditional, Complementary, and Alternative Healing*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 11–21.
- Lüddeckens, Dorothea/Walther, Rafael (2010): Das Ende der Gemeinschaft? Neue religiöse Bewegungen im Wandel. In: Lüddeckens, Dorothea/Walther, Rafael (Hg.): *Fluide Religion*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Lüders, Christian (1994): Von der teilnehmenden Beobachtung zur ethnographischen Beschreibung: ein Literaturbericht. In: König, Eckard/Zedler, Peter (Hg.): *Bilanz qualitativer Forschung*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Ludwig, Michael/Diedrich, Klaus/Nawroth, Frank (2020): Was ist »Sterilität« – eine Begriffsbestimmung. In: Diedrich, Klaus/Ludwig, Michael/Griesinger, Georg (Hg.): *Reproduktionsmedizin*. Berlin: Springer. S. 3–10.
- Luhmann, Niklas (1982): *Funktion der Religion*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1987): *Rechtssoziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. In: Luhmann, Niklas (Hg.): *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 183–195.
- Luhmann, Niklas (1992): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (2000): *Organisation und Entscheidung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas/Kieserling, André (2002): *Die Religion der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Luhrmann, Tanya M. (2012): *When God Talks Back: Understanding the American Evangelical Relationship with God*. New York: Knopf.
- Luhrmann, Tanya Marie (2022): Interview Methods. In: Engler, Steven/Stausberg, Michael (Hg.): *The Routledge Handbook of Research Methods in the Study of Religion*. London and New York: Routledge. S. 345–364.
- Luk, Bronya H.K./Loke, Alice Yuen (2019): Sexual Satisfaction, Intimacy and Relationship of Couples Undergoing Infertility Treatment. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 37 (2), S. 108–122.
- Lutgendorf, Susan K. et al. (2012): Social Influences on Clinical Outcomes of Patients with Ovarian Cancer. In: *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 30 (23), S. 2885–2890.
- M'Bayo, Rosaline (2014): Keine Wahl haben und doch eine treffen. Ethische Herausforderungen in der HIV/Aids-Forschung mit afrikanischen Frauen. In: von Unger, Hel-

- la/Narimani, Petra/M'Bayo, Rosaline (Hg.): *Forschungsethik in der qualitativen Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 115–132.
- Martin, Emily (1989): *Die Frau im Körper: Weibliches Bewusstsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Martin, Emily (2002): »Flexible Körper«: Wissenschaft und Industrie im Zeitalter des flexiblen Kapitalismus. In: Duden, Barbara/Noeres, Dorothee (Hg.): *Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt*. Opladen: Leske + Budrich. S. 29–54.
- Marxer, Jill (2024): »It's a calling!« – Doulas in der Deutschschweiz: eine religionswissenschaftliche Ethnographie. Universität Zürich: Zürich.
- Marxer, Jill/Endler, Johannes (2023): Alternative Religiosität und »natürliche« Geburt: Religionswissenschaftliche Bemerkungen zu Robbie Davis-Floyd. In: *Curare: Journal of Medical Anthropology*.
- Maschewski, Felix/Nosthoff, Anna-Verena (2022): Überwachungskapitalistische Biopolitik: Big Tech und die Regierung der Körper. In: *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 32 (2), S. 429–455.
- Mason, Mary-Claire (1993): *Male Infertility – Men Talking*. London: Routledge.
- Mathijssen, Brenda/Utraiainen, Terhi/Lüddeckens, Dorothea (Hg.) (forthcoming): *The Handbook of Contemporary European Death Rituals*. Leiden: Brill.
- May, Elaine Tyler (1998): *Nonmothers as Bad Mothers: Infertility and the »Maternal Instinct«*. In: Ladd-Taylor, Molly/Umansky, Lauri (Hg.): *»Bad« Mothers: The Politics of Blame in the Twentieth-Century America*. New York/London: New York University Press.
- Mayor, Susan (2015): Survey Reveals Poor Public Awareness of Miscarriage. In: *British Medical Journal* 350, S. 1.
- McGuire, Meredith (1993): Health and Spirituality as Contemporary Concerns. In: *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 527, S. 144–154.
- McIntyre, Lynne/Alvarez, Bruna/Marre, Diana (2022): »I Want to Bury It, Will You Join Me?«: The Use of Ritual in Prenatal Loss among Women in Catalonia, Spain in the Early 21st Century. In: *Religions* 13 (4), S. 336.
- Meerabeau, Liz (1991): Husbands' Participation in Fertility Treatment: they also Serve who only Stand and Wait. In: *Sociology of Health and Illness* 13 (3), S. 396–410.
- Mehlmann, Sabine (2008): Das sexu(alis)ierte Individuum: Zur paradoxen Konstruktionslogik moderner Männlichkeiten. In: Brunotte, Ulrike/Herrn, Rainer (Hg.): *Männlichkeiten und Moderne: Geschlecht in den Wissenskulturen um 1900*. Bielefeld: transcript Verlag. S. 37–55.
- Meston, Cindy M./Buss, David M. (2007): Why Humans have Sex. In: *Archives of Sexual Behavior* 36 (4), S. 477–507.
- Metzger, Gaudenz Urs (2023): *Sterben in der individualisierten und digitalisierten Gesellschaft 2020_2023*. Zürich: Universität Zürich.
- Meuser, Michael (2010): Fragile Sicherheiten: Versuch einer Annäherung an den »Goffmenschen« aus geschlechtersoziologischer Perspektive. In: Honer, Anne/Meuser, Michael/Pfadenhauer, Michaela (Hg.): *Fragile Sozialität: Inszenierungen, Sinnwelten, Existenzbastler*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 129–142.
- Mezger, Mirjam (2018): *Religion, Spiritualität, Medizin: Alternative Religiosität und Palliative Care in der Schweiz (= Religionswissenschaft)*. Bielefeld: transcript Verlag.

- Miall, Charlene E. (1985): Perceptions of Informal Sanctioning and the Stigma of Involuntary Childlessness. In: *Deviant Behaviour* 6, S. 383–403.
- Miles, Laura M./Keitel, Merle/Jackson, Margo/Harris, Abigail/Licciardi, Fred (2009): Predictors of Distress in Women Being Treated for Infertility. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27 (3), S. 238–257.
- Milinski, Manfred/Wedekind, Claus (2001): Evidence for MHC-Related Perfume Preferences in Humans. In: *Behavioral Ecology* 12 (2), S. 140–149.
- Mohamed, Heather Silber (2018): Embryonic Politics: Attitudes about Abortion, Stem Cell Research, and IVF. In: *Politics and Religion* 11 (3), S. 459–497.
- Molassiotis, Alex et al. (2005): Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients: a European survey. In: *Annals of Oncology* 16 (4), S. 655–663.
- Morell, Carolyn (2000): Saying No: Women's Experiences with Reproductive Refusal. In: *Feminism and Psychology* 10 (3), S. 313–322.
- Mostowlansky, Till/Rota, Andrea (2016): A Matter of Perspective? Disentangling the Emic-Etic Debate in the Scientific Study of Religion\\$. In: *Method & Theory in the Study of Religion* 28 (4/5), S. 317–336.
- Moulet, Christine (2005): Neither »Less« nor »Free«: A Long-Term View of Couples' Experiences and Construction of Involuntary Childlessness. Doctoral Dissertation. Victoria: Australian Catholic University, School of Social Work.
- Nassehi, Armin (2008): Organisation, Macht, Medizin: Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 379–397.
- Neubert, Frank (2016): *Die diskursive Konstitution von Religion*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Noble, Carolyn/Bell, Phillip (1992): Reproducing Women's Nature: Media Constructions of IVF and Related Issues. In: *Australian Journal of Social Issues* 27 (1), S. 17–30.
- Nohl, Arnd-Michael (2008): *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oevermann, Ulrich (2016): »Krise und Routine« als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften. In: Becker-Lenz, Roland/Franzmann, Andreas/Jansen, Axel/Jung, Matthias (Hg.): *Die Methodenschule der Objektiven Hermeneutik*. Wiesbaden: Springer VS. S. 43–114.
- Özyürek, Esra (2009): Convert Alert: German Muslims and Turkish Christians as Threats to Security in the New Europe. In: *Comparative Studies in Society and History* 51 (1), S. 91–116.
- Paes de Almeida Ferreira Braga, Daniela/Massaró Melamed, Rose Marie/Souza Setti, Amanda/Ferrarini Zanetti, Bianca/de Cássia Sávio Figueira, Rita/Iaconelli Jr., Assumpto/Borges Jr., Eson (2018): Role of Religion, Spirituality, and Faith in Assisted Reproduction. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 40 (3), S. 195–201.
- Pärli, Kurt/Mahrer, Daniel (2022): Sozialversicherungsrechtliche Aspekte des Zugangs zur Fortpflanzungsmedizin, Möglichkeiten und Grenzen der Sozialversicherung. Vortrag im Rahmen des Workshops des Zentrums fürs Life Sciences-Recht: Fortpflanzungsmedizin für alle? 27.01.2022, Universität Basel.

- Parsons, Talcott (1958): Struktur und Funktion der Modernen Medizin. In: König, René/Tönnemann, Margret (Hg.): Probleme der Medizin-Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 10–57.
- Pasch, Lauri A./Dunkel-Schetter, Christine/Christensen, Andrew (2002): Differences Between Husbands' and Wives' Approach to Infertility Affect Marital Communication and Adjustment. In: Fertility and Sterility 77 (6), S. 1241–1247.
- Pasche Guignard, Florence (2021): Digital Tools for Fertility Awareness. In: Lüddeckens, Dorothea/Hetmanczyk, Philipp/Klassen, Pamela E./Stein, Justin B. (Hg.): The Routledge Handbook of Religion, Medicine, and Health. London, New York: Routledge. S. 293–307.
- Pérez-Hernández, Yolíniztli/de Proost, Michiel (2024): Egg Freezing, Genetic Relatedness, and Motherhood: A Binational Empirical Bioethical Investigation of Women's Views. In: Bioethics 38 (7), S. 592–599.
- Pérez-López, Faustino R./Villagrasa-Boli, Pablo/Muñoz-Olarte, María/Morera-Grau, Álex/Cruz-Andrés, Pablo/Hernandez, Adrian V./Health Outcomes and Systematic Analyses (HOUSAY) Project (2018): Association Between Endometriosis and Preterm Birth in Women With Spontaneous Conception or Using Assisted Reproductive Technology: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. In: Reproductive Sciences 25 (3), S. 311–319.
- Peterson, Brennan D./Newton, Christopher R./Feingold, Tal (2007): Anxiety and Sexual Stress in Men and Women Undergoing Infertility Treatment. In: Fertility and Sterility 88 (4), S. 911–914.
- Pettenkofer, Andreas (2012): Von der Situation ergriffen. In: Schnabel, Annette/Schützeichel, Rainer (Hg.): Emotionen, Sozialstruktur und Moderne. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 201–226.
- Pezzoli-Olgiati, Daria (2008): Einführung. In: Höpflinger, Anna-Katharina/Jeffers, Ann/Pezzoli-Olgiati, Daria (Hg.): Handbuch Gender und Religion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 11–19.
- Pfeffer, Naomi (1987): Artificial Insemination, In-Vitro Fertilization and the Stigma of Infertility. In: Stanworth, Michelle (Hg.): Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine. Cambridge: Polity Press. S. 81–97.
- Poland, Blake/Pederson, Ann (1998): Reading Between the Lines: Interpreting Silences in Qualitative Research. In: Qualitative Inquiry 4 (2), S. 293–312.
- Pollack, Detlef/Pickel, Gert (2000): Religiöse Individualisierung statt Säkularisierung? Eine falsche Alternative: Antwort auf die Replik von Wohlrab-Sahr und Krüggeler. In: Zeitschrift für Soziologie 29 (3), S. 244–248.
- Pollack, Detlef/Rosta, Gergely (2022): Religion in der Moderne: ein internationaler Vergleich. Frankfurt a.M./New York: Campus Verlag.
- Prum, Richard O./Schalansky, Judith (2022): Die Evolution der Schönheit: Darwins vergessene Theorie zur Partnerwahl. Berlin: Matthes & Seitz.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Verlag.
- Radermacher, Martin/Schüler, Sebastian (2017): Evangelikalismus als Forschungsfeld. In: Elwert, Frederik/Radermacher, Martin/Schlammelcher, Jens (Hg.): Handbuch Evangelikalismus (= Religionswissenschaft). Bielefeld: transcript Verlag. S. 33–46.

- Ralph, Nicholas/Birks, Melanie/Chapman, Ysanne (2014): Contextual Positioning: Using Documents as Extant Data in Grounded Theory Research. In: *Sage Open* 4 (3), S. 1–7.
- Redden, Guy (1999): Magic Happens: A New Age Metaphysical Mystery Tour. In: *Journal of Australian Studies* 23 (62), S. 101–104.
- Richie, Cristina (2015): Disrupting the Meaning of Marriage? Childfree, Infertile and Gay Unions in Evangelical and Catholic Theologies of Marriage. In: *Theology & Sexuality* 19 (2), S. 123–142.
- Rieser, Rebekka (2024): Kroatisch, katholisch, konservativ: Kroatische Missionen in Deutschland und der Schweiz. Bielefeld: transcript Verlag.
- Riggan, Kirsten A/Allyse, Megan (2019): ›Compassionate transfer‹: an Alternative Option for Surplus Embryo Disposition. In: *Human Reproduction* 34 (5), S. 791–794.
- Roberts, Dorothy E. (1997): *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*. New York: Vintage.
- Roberts, Elizabeth F. S. (2016): Gods, Germs, and Petri Dishes: Toward a Nonsecular Medical Anthropology. In: *Medical Anthropology* 35 (3), S. 209–219.
- Roiha, Anssi/Iikkanen, Päivi (2021): The Salience of a Prior Relationship between Researcher and Participants: Reflecting on Acquaintance Interviews. In: *Research Methods in Applied Linguistics* 1 (1), S. 1–9.
- Rosenthal, Lisa/Shakartzi, Hannah/Kamil, Shehzeen/Mangieri, Robin/Leondires, Mark/Richlin, Spencer S. (2019): Does Fertile Yoga Class Reduce Stress and Sadness and Provide Hope for Infertile Patients in Treatment in a Private Fertility Practice? In: *Fertility and Sterility* 112 (3), S. 210.
- Ross, Fiona C/Moll, Tessa (2020): Assisted Reproduction: Politics, Ethics and Anthropological Futures. In: *Medical Anthropology* 39 (6), S. 553–562.
- Roudsari, Robab Latifnejad/Allan, Helen T./Smith, Pam A. (2007): Looking at Infertility through the Lens of Religion and Spirituality: a Review of the Literature. In: *Human Fertility* 10 (3), S. 141–149.
- Roudsari, Robab Latifnejad/Allan, Helen T./Smith, Pam A. (2014): Iranian and English Women's Use of Religion and Spirituality as Resources for Coping with Infertility. In: *Human Fertility* 17 (2), S. 114–123.
- Rowland, Robyn (1985): A Child at any Price? An Overview of Issues in the Use of the New Reproductive Technologies, and the Threat to Women. In: *Women's Studies International Forum* 8 (6), S. 539–546.
- Sallam, Hassan Nooman/Sallam, NH (2016): Religious Aspects of Assisted Reproduction. In: *Facts, Views & Vision in ObGyn* 8 (1), S. 33–48.
- Samerski, Silja (2002): *Die verrechnete Hoffnung: Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Samerski, Silja (2003): *Entmündigende Selbstbestimmung: Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt*. In: Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hg.): *Verkörperter Technik, Entkörperter Frau: Biopolitik und Geschlecht*. Frankfurt a.M.: Campus. S. 213–229.
- Sandelowski, Margarete (1991): Compelled to Try: the Never-Enough Quality of Conceptive Technology. In: *Medical Anthropology Quarterly* 5 (1), S. 29–47.
- Sandelowski, Margarete (1993): *With Child in Mind: Studies of the Personal Encounter with Fertility*. University of Pennsylvania Press.

- Sassatelli, Monica (2009): *Becoming Europeans: Cultural Identity and Cultural Policies*. Basingstoke UK: Palgrave Macmillan.
- Schadler, Cornelia (2013): *Vater, Mutter, Kind werden: Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Scheper-Hughes, Nancy (1992): *Death Without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*. Los Angeles: University of California Press.
- Schlette, Magnus/Krech, Volkhard (2018): Sakralisierung. In: Pollack, Detlef/Krech, Volkhard/Müller, Olaf/Hero, Markus (Hg.): *Handbuch Religionssoziologie*. Springer VS. S. 437–463.
- Schulze, Gerhard (1990): Die Transformation sozialer Milieus in der Bundesrepublik Deutschland. In: Berger, Peter A./Hradil, Stefan (Hg.): *Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile*. Göttingen: Otto Schwartz und Co. S. 209–432.
- Schulze, Gerhard (1992): *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Schurr, Carolin (2021): *Reproductive Mobilities: Reproduction Across Borders*. Vortrag im Rahmen des Brown Bag Lunches des UFSP Human Reproduction Reloaded H2R am 14.10.2021, Universität Zürich.
- Schurr, Carolin/Militz, Elisabeth (2018): The Affective Economy of Transnational Surrogacy. In: *Environment and Planning A: Economy and Space* 50 (8), S. 1626–1645.
- Schütze, Fritz (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung. In: Weymann, Ansgar (Hg.): *Kommunikative Sozialforschung*. München: Fink. S. 159–260.
- Schütze, Fritz (1978): Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Bielefeld: Universität Bielefeld. Fakultät für Soziologie.
- Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis* 13 (3), S. 283–293.
- Scott, Joan W. (1986): Gender: A Useful Category of Historical Analysis. In: *The American Historical Review* 91 (5), S. 1053–1075.
- Seedat, Soraya/Pienaar, Willem P./Williams, David/Stein, Daniel J. (2004): Ethics of Research on Survivors of Trauma. In: *Current Psychiatry Reports* 6 (4), S. 262–267.
- Sewpaul, Vishanthie (1999): Culture Religion and Infertility: A South African Perspective. In: *British Journal of Social Work* 29 (5), S. 741–754.
- Shooman, Yasemin (2014): »...weil ihre Kultur so ist«: Narrative des antimuslimischen Rassismus. Bielefeld: transcript.
- Siegers, Pascal (2012): *Alternative Spiritualitäten: Neue Formen des Glaubens in Europa: Eine empirische Analyse (= Akteure und Strukturen. Studien zur vergleichenden empirischen Sozialforschung 1)*. Frankfurt a.M., New York: Campus Verlag.
- Sigillo, Alexandra E./Miller, Monica K./Weiser, Dana A. (2012): Attitudes Toward Non-traditional Women Using IVF: The Importance of Political Affiliation and Religious Characteristics. In: *Psychology of Religion and Spirituality* 4 (4), S. 249–263.
- Simmel, Georg (1989 ff): Über soziale Differenzierung. In: Rammstedt, Otthein (Hg.): *Georg Simmel Gesamtausgabe*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Sointu, Eeva/Woodhead, Linda (2008): Spirituality, Gender, and Expressive Selfhood. In: *Journal for the Scientific Study of Religion* 47 (2), S. 259–276.

- Spradley, James P. (1979): *The Ethnographic Interview*. Belmont: Wadsworth.
- Spradley, James P. (1980): *Participant Observation*. Fort Worth: Hartcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Stagl, Justin (1983): Übergangsriten und Statuspassagen: Überlegungen zu Arnold van Genneps »Les Rites de Passage«. In: *Gesellschaftliche Prozesse: Beiträge zur historischen Soziologie und Gesellschaftsanalyse*. Graz: Akademische Druck- und Verlagsanstalt. S. 83–96.
- Stempsey, William E. (2011): Religion and Bioethics: Can We Talk? In: *Journal of Bioethical Inquiry* 8 (4), S. 339–350.
- Stollberg, Gunnar (2008): Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.): *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 345–362.
- Stolz, Jörg et al. (2022): Religionstrends in der Schweiz: Religion, Spiritualität und Säkularität im gesellschaftlichen Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Buchard, Emmanuelle (2014a): Die Wettbewerbsstärke des evangelisch-freikirchlichen Milieus. In: Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Gachet, Caroline/Buchard, Emmanuelle (Hg.): *Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus*. Zürich: Pano Verlag. S. 25–60.
- Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Buchard, Emmanuelle (2014b): Einleitung: Die evangelischen Freikirchen: ein »Phänomen«? In: Stolz, Jörg/Favre, Olivier/Gachet, Caroline/Buchard, Emmanuelle (Hg.): *Phänomen Freikirchen: Analysen eines wettbewerbsstarken Milieus*. Zürich: Pano Verlag. S. 13–24.
- Strauss, Anselm (1991): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strübing, Jörg (2007): Glaser vs. Strauss? Zur methodologischen und methodischen Substanz einer Unterscheidung zweier Varianten von Grounded Theory. In: *Historical Social Research Supplement* (19), S. 157–173.
- Strübing, Jörg (2018): Grounded Theory: Methodische und methodologische Grundlagen. In: Pentzold, Christian/Bischof, Andreas/Heise, Nele (Hg.): *Praxis Grounded Theory: Theoriegenerierendes empirisches Forschen in medienbezogenen Lebenswelten: Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. Wiesbaden: Springer. S. 27–52.
- Taylor, Bron (2001a): Earth and Nature-Based Spirituality (Part I): From Deep Ecology to Radical Environmentalism. In: *Religion* 31 (2), S. 175–193.
- Taylor, Bron (2001b): Earth and Nature-Based Spirituality (Part II): From Earth First! and Bioregionalism to Scientific Paganism and the New Age. In: *Religion* 31 (3), S. 225–245.
- Theologische Fakultät, Ethikausschuss (2021): Checkliste für die Selbstbeurteilung von Studien auf ethische Unbedenklichkeit. Universität Zürich.
- Thompson, Charis (2006): God is in the Details: Comparative Perspectives on the Intertwining of Religion and Assisted Reproductive Technologies. In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 30 (4), S. 557–561.

- Thorn, Petra/Rodino, Iolanda (2021): *Die Kunst der Familienbildung: Portraits von Familien, die sich mithilfe Dritter gebildet haben*. Mörfelden: FamART Verlag.
- Throsby, Karen (2004): *When IVF Fails: Feminism, Infertility and the Negotiation of Normality*. New York: Palgrave Macmillan.
- Throsby, Karen (2006): *The Unaltered Body? Rethinking the Body When IVF Fails*. In: *Science Studies* 19 (2), S. 77–97.
- Throsby, Karen (2010): »Doing What Comes Naturally... » Negotiating Normality in Accounts of IVF Failure. In: Reed, Lori/Saukko, Paula (Hg.): *Governing the Female Body: Gender, Health, and Networks of Power*. Albany: State University of New York Press. S. 233–252.
- Throsby, Karen/Gill, Rosalind (2004): »It's Different for Men«: Masculinity and IVF. In: *Men and Masculinities* 6 (4), S. 330–348.
- Tjørnhøj-Thomsen, Tine (2005): *Close Encounters with Infertility and Procreative Technology*. In: Steffen, Vibeke/Jenkins, Richard/Jessen, Hanne (Hg.): *Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control* (= Critical Anthropology 2). Kopenhagen: Museum Tusculanum Press. S. 71–91.
- Tretau, Alisa (2022): *Abgänge und Fehlgeburten*. In: Haller, Lisa Yashodhara/Schlender, Alicia (Hg.): *Handbuch: Feministische Perspektiven auf Elternschaft*. Opladen: Verlag Barbara Budrich. S. 287–295.
- Trzebiatowska, Marta/Bruce, Steve (2013): »It's All for Girls«: Re-Visiting the Gender Gap in New Age Spiritualities. In: *Studia Religiosa* 46 (1), S. 17–33.
- Turner, Victor (1969): *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine.
- Tymstra, Tjeerd (1989): *The Imperative Character of Medical Technology and the Meaning of »Anticipated Decision Regret«*. In: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 5, S. 207–213.
- Ullrich, Charlotte (2022): *Verbreitung und Verfahren der Kinderwunschbehandlung*. In: Haller, Lisa Yashodhara/Schlender, Alicia (Hg.): *Handbuch: Feministische Perspektiven auf Elternschaft*. Opladen: Verlag Barbara Budrich. S. 280–286.
- Utriainen, Terhi (2021): *Otherworldly Relations in CAM Practice: Towards an Ethnography of Non-Secular Possibility Work*. In: *Temenos – Nordic Journal of Comparative Religion* 57 (1), S. 35–57.
- Værland, Inger Emilie/Johansen, Anne Beth Gilja/Lavik, Marta Høyland (2021): *The Function of Ritualized Acts of Memory Making after Death in the Neonatal Intensive Care Unit*. In: *Religions* 12 (12), S. 1046.
- van Der Ploeg, Irma (2004): »Only Angels Can do without Skin«: on Reproductive Technology's Hybrids and the Politics of Body Boundaries. In: *Body & Society* 10 (2–3), S. 153–181.
- van Der Toorn, Karel (2019): *Becoming Diaspora Jews: Behind the Story of Elephantine*. New Haven, CT: Yale University Press.
- van Gennep, Arnold (2005): *Übergangsriten (Les rites de passage)*. Frankfurt a.M.: Campus.
- van Ness, Peter (1992): *Spirituality, Diversion, and Decadence: The Contemporary Predicament*. Albany: State University of New York Press.
- Veevers, Jean (1980): *Childless by Choice*. Toronto: Butterworth.

- Viehöver, Willy/Lehmann, Tobias (2017): Biopolitik. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 43–57.
- Villa, Paula-Irene (2019): Sex – Gender: Ko-Konstitution statt Entgegensetzung. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 23–33.
- Voas, David/Bruce, Steve (2007): *The Spiritual Revolution: Another False Dawn for the Sacred*. In: Flanagan, Kieran/Jupp, Peter C. (Hg.): *A Sociology of Spirituality*. Aldershot: Ashgate. S. 43–61.
- Vogd, Werner (2012): Vertrauen unter komplexen Reflexionsverhältnissen oder: die gesellschaftliche Konditionierung der Arzt-Patient-Interaktion. In: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hg.): *Interaktionsordnungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 71–85.
- Volgsten, Helena/Schmidt, Lone (2023): Exploring Swedish Single Women's Decision to Choose Motherhood Through Medically Assisted Reproduction – a Qualitative Study. In: *Human Fertility* 26 (2), S. 237–248.
- Walthert, Rafael (2020): *Religiöse Rituale und soziale Ordnung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wattenberg, Ivonne/Lätzsch, Rebecca/Hornberg, Claudia (2017): Gesundheit, Krankheit und Geschlecht: ein gesundheitswissenschaftlicher Zugang zu Einflussfaktoren und Versorgungssystem. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung (= Geschlecht und Gesellschaft)*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 1–10.
- Webb, Russell E./Daniluk, Judith C. (1999): The End of the Line: Infertile Men's Experiences of Being Unable to Produce a Child. In: *Men and Masculinities* 2 (1), S. 6–25.
- Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weißbach, Lothar/Stiehler, Matthias (2013): *Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Westermann, Anna Maria/Alkatout, Ibrahim (2020): Ist unerfüllter Kinderwunsch ein Leiden? – Der Leidensbegriff im Kontext der Kinderwunschtherapie. In: *Ethik in der Medizin* 32 (2), S. 125–139.
- West, Candace/Zimmerman, Don H. (1987): Doing Gender. In: *Gender & Society* 2 (1), S. 125–151.
- Whiteford, Linda M./Gonzalez, Lois (1995): Stigma: the Hidden Burden of Infertility. In: *Social Science & Medicine* 40 (1), S. 27–36.
- Wilcox, W. Bradford (2004): *Soft Patriarchs, New Men: How Christianity Shapes Fathers and Husbands (= Morality and Society Series)*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Wilson, Bryan R. (1990): *The Social Dimensions of Sectarianism*. Oxford: Clarendon Press.
- Wischmann, Tewes/Schick, Manuel/Ditzen, Beate (2020): Psychogene Infertilität – Mythos und Patientenstigmatisierung. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 18, S. 140–147.
- Witzel, Andreas (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt a.M., New York: Campus.

- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim, Basel: Beltz. S. 227–255.
- Zeugin, Barbara (2017): Is CAM religious? The Methodological Problems of Categorizing Complementary and Alternative Medicine in the Study of Religion. In: Bulletin for the Study of Religion 46 (1), S. 6–8.
- Zeugin, Barbara (2020): Selbstermächtigung am Lebensende: Eine religionswissenschaftliche Untersuchung alternativer Sterbebegleitung in der Schweiz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Online Dokumente

- Ann-Kristin Tlusty, Website: <https://www.annkristintlusty.de/texte>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Anschläge (2014): Warum Esoterik gefährlich ist. Verfügbar unter: <https://anschlaege.at/rettungsanker/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Auswärtiges Amt, Fragen zu Leihmutterschaft. Verfügbar unter: <https://www.auswaertiges-amt.de/de/service/fragenkatalog-node/06-leihmutterschaft/606160>; zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Beobachter (2010): Helfer, Heiler, Scharlatane. Verfügbar unter: <https://www.beobachter.ch/gesundheitsmedizin/krankheit/alternativmedizin-helfer-heiler-scharlatane>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Blättler, Margarita/Kreissibucher, Stephan/Homöopathen SHI/Homöopathische Praxis, Zug (2021): Homöopathische Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch. Verfügbar unter: https://www.shi.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/Artikel_-_Kin derwunsch.pdf, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Blöchliger, Brigitte (2022): Soll die Eizellenspende in der Schweiz legalisiert werden? In: UZH-News vom 20.12.2022. Verfügbar unter: <https://www.news.uzh.ch/de/articles/news/2022/Eizellenspende.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Broschüre »Adoption in der Schweiz«. Verfügbar unter: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/adoption.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Bundesamt für Gesundheit, Umgang mit Embryonen nach In-vitro-Fertilisation. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/de/umgang-mit-embryonen-nach-in-vitro-fertilisation>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Bundesamt für Statistik, Medizinisch unterstützte Fortpflanzung. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitsmedizin/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Bundesamt für Statistik, Religionen. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/religionen.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG), Stand am 1. Juli 2023. Verfügbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025

- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Stand am 3. März 2024. Verfügbar unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de#art_119, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Cambridge Dictionary, Eintrag »to mother«: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/mother?q=to+mother>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Cambridge Dictionary, Eintrag »to father«: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/father?q=to+father>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Center for Fertility & IVF, Loma Linda University, Compassionate Transfer, Website: <https://lomalindafertility.com/resources/what-to-do-with-frozen-embryos/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2017): Psychische Faktoren als Ursache für Krebs – was hält die Bevölkerung von dieser Theorie? Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/presse/pressemitteilungen/2017/dkfz-pm-17-43-Psychische-Faktoren-als-Ursache-fuer-Krebs.php>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- »Einmal im Monat #2 Thema: unerfüllter Kinderwunsch«, Bea im Gespräch mit Nicole Regli. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=HeWQSfMosoI>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Focus online (2021): Wundersame Heiler oder geldgierige Scharlatane? Das umstrittene Geschäft der Geistheiler. Verfügbar unter: https://www.focus.de/gesundheitsratgeber/psychologie/geistheilung-das-gefaehrliche-geschaef-der-alternativmedizin_id_8538789.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- GLOW, Website: <https://www.unerfuellterkinderwunsch.ch>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- HOPE Kinderwunschzeit, Website: <https://www.hope-kinderwunschzeit.com>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Instagram-Post des Schweizer Radio und Fernsehens: »Schlappe Spermien: Wenns einfach nicht klappt«. Verfügbar unter: https://www.instagram.com/tv/Chzdeltd_gG/?igshid=YmMyMTA2M2Y=, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Illume Fertility, Compassionate Transfer, Website: <https://www.illumefertility.com/fertility-blog/embryo-donation-the-science-and-the-stories-behind-the-choice>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Instagram-Profil von Anna Adamyan. Verfügbar unter <https://www.instagram.com/anaadamyan/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Instagram-Profil von »Infertilemillennial«. Verfügbar unter: <https://www.instagram.com/infertilemillennial?igsh=dXkzcRyNWxpYmMy>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Instagram-Profil von Ulla Gerber, Verfügbar unter: <https://www.instagram.com/meineunfruchtbarentage/?hl=de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Instagram-Post von whilewaitingforourrainbow. Verfügbar unter: <https://www.instagram.com/p/CwQNq3fMrkR/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Jus, Martine (2021): Unfruchtbarkeit bei Frauen homöopathisch behandeln. Vortrag im Rahmen des Kinderwunsch-Infoweekends am 16.10.2021 in Zürich. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=OrDB95G3c1c>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Kanton Zürich, Direktion der Justiz des Inneren. Leihmutterschaft: Behörden im Dilemma. Verfügbar unter: <https://www.zh.ch/de/direktion-der-justiz-und-des-in>

- nern/gemeindeamt/jahresbericht-gemeindeamt-2023/leihmutterchaften--behoerden-im-dilemma.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Ladyplanet, Website der Verhütungsexpertin Bea. Verfügbar unter <https://ladyplanet.ch/?srsltid=AfmBOorQ9FU5lCYGht7voHmLuXuJLkiKBCzCxrok4pmlZYul-o8Iv393>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Lexikon der Biologie, Signaturenlehre. Verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/signaturenlehre/61530>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Livenet (2021): Ein Paar redet offen: »Unerfüllter Kinderwunsch ist schmerzhaft«. Beitrag vom 01.06.2021. Verfügbar unter: https://www.livenet.ch/themen/people/erlebt/391515-unerfuellter_kinderwunsch_ist_schmerzhaft.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- News Service Bund (2025): Fortpflanzungsmedizin: Bundesrat beschliesst Eckwerte für die Zulassung der Eizellenspende. Beitrag vom 30.01.2025. Verfügbar unter: <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=103995>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Podcast »Expectations – geplant und ungeplant kinderfrei«. Website: <https://www.expectations.ch>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Podcast »Mom & Dadjokes« (später umbenannt zu »MAD Club«). Website: <https://momanddadjokes.podigee.io>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Profil von Daniel Drewniak, Universität Zürich. Verfügbar unter: <https://www.humanreproduction.uzh.ch/en/About-us/Academic-Staff/ddrewniak.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Profil von Lea Heistrüvers, Universität Zürich. Verfügbar unter: https://www.humanreproduction.uzh.ch/en/About-us/Academic-Staff/Heistruevers_Lea-.html, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Schweizer Radio und Fernsehen (2022): Schlappe Spermien – Männliche Fruchtbarkeit in der Krise. Verfügbar unter: <https://www.srf.ch/play/tv/puls/video/schlappe-spermien---maennliche-fruchtbarkeit-in-der-krise?urn=urn:srf:video:9boa7a5c-147b-426f-b7do-fe4e46099acc>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Schweizer Radio und Fernsehen (2024): Megatrend Manifestieren – Welche Macht haben unsere Gedanken? vom 21.04.2024. Verfügbar unter: <https://www.3sat.de/gesellschaft/sternstunde-philosophie/sternstunde-philosophie-140.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Schweizer Radio und Fernsehen (2024): Sehnsucht Kind – Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt. Verfügbar unter: <https://www.srf.ch/sendungen/dok/sehnsucht-kind-leben-ohne-wunschkind-paare-sprechen-ueber-ein-tabu>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), Änderung vom 16. Juni 2017. Verfügbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2017/421/de>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- StudySmarter: Manifestieren – Wie Du Deine Wünsche Realität werden lässt. Verfügbar unter: <https://www.studysmarter.de/magazine/manifestieren-bedeutung-beispiele/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Tagesanzeiger (2022): »Es wäre fair, wenn Krankenkassen die künstliche Befruchtung zahlen würden«. Beitrag vom 09.10.2022. Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch>

- iger.ch/es-waere-fair-wenn-krankenkassen-die-kuenstliche-befruchtung-zahlen-wuerden-744964314205, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Tagesanzeiger (2022): Jennifer Aniston über Kinderlosigkeit: »Ich habe versucht, schwanger zu werden«. Beitrag vom 11.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/ich-habe-versucht-schwanger-zu-werden-612496664668>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Tagesanzeiger (2022): Sollen Krankenkassen für den Kinderwunsch bezahlen? Beitrag vom 5.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/sollen-krankenkassen-fuer-den-kinderwunsch-bezahlen-432076698863>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- TCM-Gynäkologie Brigitte Weber, Website: <https://www.tcm-gyni.ch/kinderwunsch/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Unerfüllter Kinderwunsch – Stufenkonzept, Gyn-Health. Website: <https://gyn-health.ch/de/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch-stufenkonzept>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Universitäres Kinderwunschzentrum Zürich – vom Kinderwunsch zum Wunschkind, Website: <https://www.usz.ch/kinderwunsch/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Universitätsspital Zürich, Unfruchtbarkeit bei Mann und Frau. Verfügbar unter: <https://www.usz.ch/krankheit/unfruchtbarkeit-bei-mann-und-frau/>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- VIP: Anna Wilken ist richtig glücklich: Der Embryo-Transfer hat geklappt! Beitrag vom 20.11.2022. Verfügbar unter: <https://www.vip.de/cms/anna-wilken-ist-richtig-gluecklich-der-embryo-transfer-hat-geklappt-5017106.html>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- Watson: Manifestieren – die Reise der Esoteriker zurück ins Märchenland. Verfügbar unter: <https://www.watson.ch/blogs/sektenblog/470239759-manifestieren-oder-wie-esoteriker-wieder-zum-kind-werden>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025
- WHO (2024): Infertility. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>, zuletzt abgerufen am 22.10.2025

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Buddha-Figur im Lotussitz im Wartezimmer einer IVF-Klinik124

Abb. 2: Beziehungsnetz Interaktion mit Transzendenz163

Abb. 3: Instagram-Post von »whilewaitingforourrainbow« vom 22.08.2023216

Abb. 4: Instagram-Post von »infertilemillennial« vom 30.07.2023 308

Anhang I: Transkriptionskonventionen

Sequentielle Struktur

(1), (2), (4) Sprechpause ≥ 1 Sekunde (Anzahl Sekunden)

äh, ähm Verzögerungssignale

Akzentuierung

VORsicht auffällige Betonungen

Para- und außersprachliche Konventionen

<lacht, weint, atmet ein> paraverbale Äusserungen

[leise, langsam, laut] auffällige paraverbale Veränderungen

Weitere Konventionen

Dann dachte ich »okay« Wiedergabe direkte Rede

Sie [die Ärzte] sagen das so metatextuelle Kommentare

jemand [öpper] originaler Wortlaut

Orthographische Regelungen aus der Schriftsprache wie Gross- und Kleinschreibung wird übernommen, Kommata dienen der besseren Lesbarkeit.

Anhang II: Metadaten

Tabelle 1: Interviewpartner:innen

Nr.	Name	Datum	Rolle	Alter	religiöse Einordnung	Prozess zum Zeitpunkt des Interviews	Diagnose
01a	Lea t1	28.10.21	Wunschkutter	31	nicht religiös	im Prozess	weibl.: PCO, Endometriose, Blutgerinnung, erhöhte Killerzellen und Zuckerwerte
01b	Lea t2	09.11.22	Wunschkutter	32	nicht religiös	kognitiv eigentlich schon abgeschlossen, aber überraschenderweise in der 8. Woche schwanger (ohne ART); Nachtrag: Kind kam gesund zur Welt.	s.o.
02	Jana	04.11.21	Wunschkutter	29	nicht religiös	erfolgreich mit ICSI	weibl.: PCO männl.: langsame Spermien aufgrund Hodenhochstand als Kind
03a	Vera t1	08.11.21	Wunschkutter	31	nicht religiös	zu Beginn des Prozesses	ungeklärt
03b	Vera t2	07.11.22	Wunschkutter	32	nicht religiös	im Prozess	ungeklärt
04	Tessa	18.11.21	Expertin	k.A.	nicht religiös	-	-
06	Fiona	22.11.21	Wunschkutter	34	nicht religiös	kurz vor Abschluss der Behandlungen	weibl.: suboptimaler AMH-Wert männl.: suboptimale Spermienqualität
07	Maria	10.12.21	Wunschkutter	30	nicht religiös	schwanger im 5. Monat nach Insemination	weibl.: PCO, Endometriose
08	Reto	21.12.21	Betroffener Totgeburt	67	nicht institutionell-religiös, aber emisch: »spirituell suchend, christlich, buddhistisch«	dreifacher Vater	Totgeburt der Ehefrau im 8. Monat aufgrund Plazentainfarkt
09	Claudia	16.02.22	Expertin (TCM)	k.A.	alternativ	-	-

Nr.	Name	Datum	Rolle	Alter	religiöse Einordnung	Prozess zum Zeitpunkt des Interviews	Diagnose
10	Thomas	11.04.22	Wunschvater	k.A.	nicht religiös	auf der Suche nach einer Leihmutter	-
11a	Rahel t1	23.04.22	Wunschemutter	39	nicht religiös	Im Prozess	nicht ganz klar, unregelmäßige Zyklen, nicht immer Eisprung
11b	Rahel t2	01.04.23	Wunschemutter	40	nicht religiös	schwanger (ca. 9. Woche)	s.o.
12	Diego	19.04.22	Wunschvater	k.A.	nicht religiös	auf der Suche nach einer Leihmutter	-
13	Helena	13.07.22	Expertin (Paar- beratung)	43	alternativ	-	-
14	Daniela & Fabian	16.08.22	Wunschemtern	39 & 46	evangelikal	kognitiv abgeschlossen	weibl.: Endometriose männl.: suboptimale Spermienqua- lität
15	Nadine	31.08.22	Wunschemutter	41	evangelikal	erfolgreich (ohne ART)	weibl.: unregelmäßige Zyklen, evtl. Alter, aber weitestgehend ungeklärt männl.: suboptimale Spermienqua- lität
16	Sabine	01.09.22	Wunschemutter	46	evangelikal	2x erfolgreich (ohne ART)	weibl.: unregelmäßiger Eisprung und Endometriose männl.: kam nicht zur Sprache
17	Sonja & Markus	02.09.22	Wunschemtern	54 & 55	evangelikal	kognitiv abgeschlossen	weibl.: wenig spontane Eisprünge; lange Zyklen männl.: suboptimale Spermienqua- lität

Nr.	Name	Datum	Rolle	Alter	religiöse Einordnung	Prozess zum Zeitpunkt des Interviews	Diagnose
18	Lukas & Julia	19.09.22	Wunschertern	41 & 41	landeskirchlich reformiert	2x Auslandsadoption	weibl.: unregelmässige Zyklen, ein Eileiter nicht durchlässig nach Eileiterschwangerschaft, Endometriose männl.: suboptimale Spermienqualität
19	Martina	20.09.22	Expertin (Yoga, Drogistin)	k. A.	alternativ	-	-
20	Anja & Tim	29.09.22	Wunschertern	32 & k. A.	nicht religiös	erfolgreich nach ICSI	weibl.: PCO, Hashimoto, Gelbkörperschwäche männl.: suboptimale Spermienqualität
21	Karin	19.10.22	Expertin (Hebammen)	26	nicht religiös	-	-
22	Bianca (& Anil)	10.11.22	Wunschertern	k. A.	evangelikal	erfolgreich nach Hormonbehandlungen	
23	Céline	20.03.23	Expertin (Hypnose) und ehemalige Wunschrutter	k. A.	alternativ	mehrfache Mutter	unklar
24	Lorena	28.05.24	Wunschrutter	k. A.	nicht religiös	erfolgreich mit ICSI (Zwillinge)	weibl.: Endometriose männl.: suboptimale Spermienqualität

Tabelle 2: Forschungssubjekte

Nr.	Name	Datum	Rolle	Beruf (Gebiet)	religiöse Einordnung	Besonderes
25	Sara	Oktober 2021	Expertin (Fertility-Yoga)	Gesundheit	alternativ	getroffen im Fertility-Yoga-Kurs
26	Bea	April 2022	Expertin (Verhütung)	Sexualpädagogik	alternativ	im Gespräch mit Nicole Regli https://www.youtube.com/watch?v=HeWQSFmMosol
27	Nicole Regli	April 2022	Expertin (Therapeutin)	Gesundheit	alternativ	im Gespräch mit Bea (s.o.)
28	Jael	Oktober 2021	Expertin (Fertility-Yoga-Lehrerin)	Gesundheit	alternativ	getroffen am Kinderwunsch-Infoweekend in Zürich
29	Rita	Oktober 2021	Expertin (Homöopathie)	Gesundheit	alternativ	getroffen am Kinderwunsch-Infoweekend in Zürich
30	Dr. med. Judit Pök Lundquist	März 2022	Expertin (Reproduktions-medizinerin)	Gesundheit	unklar	getroffen an einer Podiumsdiskussion in der Paulus-Akademie in Zürich
31	ohne Name	September 2022	Expertin (Reproduktions-medizinerin)	Gesundheit	unklar	getroffen während eines Feldaufenthalts in einer Kinderwunschklinik
32	Olivia	Mai 2024	Wunschwutter	Verwaltung	nicht religiös	ethnographisches Gespräch
33	Miriam	November 2020	Wunschwutter	Gesundheit	evangelikal	im Gespräch mit Tobias, Judith und Andreas https://www.youtube.com/watch?v=vfAfSHOVbVs
34	Tobias	November 2020	Wunschwater	Pädagogik	evangelikal	im Gespräch mit Miriam, Judith und Andreas (s.o.)
35	Judith	November 2020	Wunschwutter	Marketing	evangelikal	im Gespräch mit Tobias, Miriam und Andreas (s.o.)
36	Andreas	November 2020	Wunschwater	christliche NPO	evangelikal	im Gespräch mit Tobias, Judith und Miriam (s.o.)

Feldforschungssubjekte: Korrekte Namen werden dann verwendet, wenn es sich um öffentlich aktive Personen handelt, ansonsten Pseudonyme.

