

Erweiterte Fallstudien zu Verwandtschaft und Reproduktionstechnologien

Potenziale einer Ethnografie von Normalisierungsprozessen

Von Michi Knecht, Maren Klotz, Nurbak Polat, Stefan Beck, Berlin

Michi Knecht, Maren Klotz, Nurbak Polat, Stefan Beck

Towards an ethnography of normalization practices – extended case studies on making kin with reproductive medicine

Abstract:

From the 1970s onwards, reproductive medicine made available interventions and treatments that were readily taken up by an increasing number of people “to make kin” in western and “non-western” societies alike. Instead of an unfortunate fate or social problem unwanted childlessness today is seen as a pathological condition that requires medical attention. While there is broad consensus that reproductive medicine is beneficial in principle, new techniques (like pre-implantation diagnosis) regularly trigger heated controversies at the time of their implementation: in public discourses, in legal, political or medical debates as well as in perceptions of patients. Reproductive interventions are perceived as challenging “normal” conception, as disrupting “natural” ontologies, and as questioning ethical consensus. Drawing on ethnographic data from Turkey and Germany, the article comparatively analyzes how different actors respond to these challenges. Using the method of “extended cases” we inquire from a processual perspective how patients use and experience reproductive medicine, how they create “assisted reproductive biographies”; we ask what kinship practices they develop and how they seek support of patient organisations; and we analyze how they modify body images, acquire medical knowledge, reconfigure intimate practices, create new relations and moral obligations. On the basis of these observations the article sets out to theoretically frame *normalization practices* on an individual, familial, institutional and discursive level.

Keywords: kinship, reproductive technologies, normalization, Turkey, Germany

Wenn Frauen und Paare sich der Tatsache gewahr werden, dass ihr Wunsch, ein Kind zu bekommen, sich nicht „einfach“ und auf „natürliche Art und Weise“ realisieren lässt, erfahren dies die meisten als fundamentalen Schock und tiefgreifende Verunsicherung. „Jeder Idiot kriegt im Vorübergehen ein Kind, warum ich denn nicht? Warum funktioniere ich nicht? Warum funktioniert mein Körper nicht?“ So beschreibt die damals 34-jährige Deutschlehrerin Birgit Rapp in ihrem ersten Interview mit uns im Herbst 2005 in Berlin ihre erste Reaktion auf die zunächst

noch vage, dann sich aber immer mehr konkretisierende Erkenntnis, „dass da etwas nicht stimmt“. Freunde, Verwandte und Frauenärzte hatten ihr und ihrem Mann immer wieder geraten, sie sollten sich mit ihrem Kinderwunsch doch nicht so unter Druck setzen, dann würde es schon klappen. Aber Frau Rapp war genervt von derlei Tipps und „Klugscheißer-Kommentaren“. Sie fühlte sich gut, nur schwanger wurde sie nicht, nachdem sie die Pille abgesetzt hatte. Ausgehend von der als problematisch erfahrenen Situation des unerfüllten Kinderwunsches, begaben sich die Rapps auf einen Weg, der sie sukzessiv immer weiter in ein medizinisches Behandlungsregime führte, in die rationale Bearbeitung eines präzise mit medizinischen Kategorien beschreibbaren, aber nur in einer Minderheit von Fällen auch medizinisch behebbaren Problems.¹ Frau Rapp begann, ihren Zyklus genauer zu beobachten und nutzte Fieberthermometer und Kalender, um die für eine Befruchtung günstigen Tage zu identifizieren. „GV nach Plan“ lautet die in Internetforen kursierende Sprachformel für den nun einsetzenden, nach Eisprungterminen geplanten Geschlechtsverkehr, der für viele Paare gelebte Sexualität gravierend verändert – wie Frau Rapp dies schildert:

„Das war eine Katastrophe. Für das eheliche Sexualleben ist das eine Katastrophe. Das führt dann richtig zu, zu – ehelichen Krisen, dieses nach der Uhr. Man kann das ja auch nicht. Du kommst nach Hause und bist total müde, völlig müde, erledigt und: ‚Eisprung!‘, ‚Oh nee!‘“

Ganz ähnlich verlief der Weg in das reproduktionsmedizinische Behandlungsregime für Şebnem und Kadir Koç, die sich im Jahr 2000 kennengelernt und 2001 geheiratet hatten. Nachdem sie bereits einige Jahre zusammenlebten, wurden auch sie damit konfrontiert, dass ihre Körper nicht so funktionierten, wie sie sich das vorgestellt hatten. Ihr Entwurf eines planbaren gemeinsamen Lebens erhielt gravierende Risse. Die beiden Mit-Dreißiger waren Kindern gegenüber zunächst eher zwiespältig eingestellt: Einerseits empfanden sie in Bezug auf die Familienplanung wegen ihres Alters bereits einen gewissen Zeitdruck, andererseits führten sie als Selbstständige mit eigener Firma in einer wohlhabenden Gegend Istanbuls ein beruflich anspruchsvolles und sozial aktives Leben, bei dem beide wenig vermissten. Gesellschaftlichen Konvention und Normen, die die möglichst rasche Geburt von Kindern nach der Heirat fordern, standen sie kritisch gegenüber. Aber als sich bei ihnen nach Absetzung der Verhütungsmittel nicht einfach „nebenbei“ eine Schwangerschaft einstellte, ließen sich die Koç in einer der zahlreichen Istanbuler Infertilitätskliniken untersuchen. Sie nahmen die für sie niederschmetternden Diagnosen anfangs mit Humor und scherzten gemeinsam über die „dummen Spermien, die den richtigen Weg verfehlen“. Mehr und mehr jedoch führte die Serie von Untersuchungen und Therapieversuchen, die sie durchliefen, zu Spannungen

1 Vgl. zur Unterscheidung von als problematisch erfahrenen Situationen und der rationalen Konstruktion eines Problems, das einen systematischen Einsatz von Reflexion und Wissen herausfordert *John Dewey*: *How we think*. Boston 1910, insbes. S. 9–12.

in der Paarbeziehung, und vor allem Frau Koç erlebte die medizinischen Eingriffe in ihren Körper als massive Zumutung und völlig neue Erfahrung:

„Ich bin eigentlich eine Person, die Entscheidungen trifft (...) ich kann nichts machen, was ich nicht mag, nichts, was mir nicht gefällt und wobei ich nichts empfinde.“

Nun kam sie in einen Zustand, in dem sie ihr Selbstbild und vor allem ihr Autonomiebedürfnis recht schnell verändern musste:

„Das Ganze beginnt und hört mit mir auf. (...) Man hatte mir zwar gesagt, was ich machen muss und welche Medikamente ich nehmen werde, aber ich habe erst verstanden, was das bedeutet, als ich es selbst erlebt habe. Es ist nicht so, dass Du einfach hingehst, es sofort platziert bekommst und dann wieder hinausspazieren kannst. So was gibt es nicht. (...) Das hier ist etwas vollkommen anderes.“ (Istanbul, 04/2009)

Diese Schilderungen lassen sich nur ungenügend als Unterwerfung unter ein medizinisches Behandlungsregime oder als „Medikalisierung“ der Reproduktion konzipieren;² in diesen und vielen anderen Erzählungen deutet sich vielmehr an, in welcher umfassender Weise Alltags, Selbstbilder und intime Beziehungen von den Betroffenen modifiziert werden müssen, um ihren Kinderwunsch realisieren zu können.³

Diese Erfahrungen sind alles andere als außergewöhnlich: Ungewollte, unfreiwillige Kinderlosigkeit lässt in der Türkei und in Deutschland jährlich Zehntausende von Paaren einen von hohen finanziellen und emotionalen Kosten, äußerst unsicheren Erfolgchancen, extensiven Praktiken der Selbst-Expertisierung und enormem Zeitaufwand bestimmten Weg in das sozio-technische Arrangement der

2 Vgl. *Stefan Beck*: Medicalizing Culture(s) or Culturalizing Medicine(s)? In: *Regula Valérie Burri, Joseph Dumit* (Hrsg.): *Medicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London 2007, S. 17–33; *Michi Knecht, Sabine Hess*: Reflexive Medikalisierung im Feld moderner Reproduktionsmedizin. Zum aktiven Einsatz von Wissensressourcen in gendertheoretischer Perspektive. In: *Nikola Langreiter* u. a. (Hrsg.): *Wissen und Geschlecht*. Wien 2008, S. 169–194.

3 Die empirischen Daten zu diesem Artikel wurden im Projekt „Verwandtschaft als soziale Praxis und Repräsentation im Kontext gesellschaftlicher und reproduktionsmedizinischer Transformationen“ generiert, das Teil des Sonderforschungsbereichs SFB 640 „Repräsentationen sozialer Ordnungen im Wandel. Intertemporale und interkulturelle Vergleiche“ an der Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Europäische Ethnologie ist. Das Projekt wird seit Oktober 2004 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und begleitet mittels serieller Ethnografie und rekurrierender Interviews Familien und Verwandtschaftsnetzwerke, die für ihre Gründung oder Erweiterung auf die Nutzung assistierender Reproduktionstechnologien und/oder Adoption zurückgegriffen haben, in Deutschland, der Türkei, Großbritannien sowie in transnationalen Räumen. Seit 2005 wurden mehr als 250 Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern von Reproduktionstechnologien, Familien (nach IVF/ICSI, donogener Spende und Adoption), mit Samenspendern sowie mit medizinischen, psychologischen und beratenden Expertinnen und Experten in Deutschland, der Türkei und Großbritannien geführt. Eine kleine Zahl von Experten (15) und Familien (40) wird rekurrierend besucht und interviewt; die Anzahl der Besuche, Zeitintervalle und Zeiträume variieren dabei erheblich.

Reproduktionstechnologien einschlagen.⁴ Die meisten Paare haben zu diesem Zeitpunkt schon mehrmonatige oder sogar mehrjährige, zunehmend als frustrierend erfahrene „Übungsphasen“ hinter sich, manche haben bereits psychologische, religiöse oder komplementärmedizinische Hilfen in Anspruch genommen. Die Initialmomente der Begegnung mit reproduktionsmedizinischen Verfahren – mit assistierter Insemination (AI), In-vitro-Fertilisation (IVF) und ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion) – schildern die Betroffenen als Konfrontation mit etwas Neuem, von dem sie zuvor keine Ahnung hatten, als ein Angebot oder als einen Druck zu Handlungs- und Seins-Optionen, durch die übliche Verhaltensweisen außer Kraft gesetzt werden, als eine Zumutung, die intime Beziehungen und die Gesundheit, insbesondere von Frauen, gefährden kann. Betont werden biografische Brüche und existenzielle Irritationen, die normale Erwartungshorizonte untergraben und als eine persönliche Krise der Reproduktion erlebt werden. In ihrem häufig langwierigen Umgang mit den Strukturen, Angeboten und Entscheidungszwängen der Reproduktionsmedizin entwickeln die Akteure nach und nach spezifische Körper-, Wissens- und Deutungspraktiken, verändern ihre Physis und ihr Selbstverständnis. Und sie werden Teil modifizierter oder sich neu herausbildender sozialer Beziehungen – etwa, indem sie mit den realen und imaginären Effekten einer „beziehunglosen Form von Verwandtschaft“⁵ zu einem Samenspender umgehen müssen oder als Betroffene im Kontext von Patientenorganisationen aktiv werden. Aber die außergewöhnlichen Umstände der assistierten Schwangerschaft können auch später noch Verunsicherungen und Krisen auslösen – etwa, wenn entschieden werden muss, ob, wann und wie den Kindern über die Umstände ihrer Zeugung erzählt wird oder wenn ein ehemaliger Samenspender zum Zeitpunkt der eigenen Familiengründung zu befürchten beginnt, dass seine Kinder auf mit seinem Samen gezeugte Halbgeschwister treffen und „inzestuöse“ Beziehungen knüpfen könnten.

4 In der Türkei werden Anzahl und Art reproduktionsmedizinischer Behandlungen bislang nicht zentral erfasst, ein nationales Register ist jedoch im Aufbau. Das Gesundheitsministerium beziffert die Zahl lizenzierter IVF-Zentren im Jahr 2010 mit 112; davon befinden sich allein 43 in Istanbul und 20 in Ankara (vgl. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel>. Zugriff am 20.01.2011). Schätzungen der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) zufolge liegt die Anzahl durchgeführter IVF- und ICSI-Zyklen in der Türkei in 2006 bei circa 37.000 (<http://www.eshre.eu/> Zugriff am 20.01.2011). In Deutschland werden die reproduktionsmedizinischen Behandlungen von 121 offiziell registrierten Behandlungszentren seit 1996 bundesweit durch das „Deutsche IVF Register“ erhoben. 2009 wird die Zahl der Behandlungszyklen mit 75.662, die behandelten Patientinnen mit etwas über 46.000 angegeben (vgl. *Deutsches IVF-Register* (Hrsg.): DIR-Jahresbericht 2009. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 7 [2010] 6, S. 470–497).

5 *Monica Konrad*: *Nameless Relations. Anonymity, Melanesia and Reproductive Gift Exchange between British Ova Donors and Recipients*. New York 2005, S. 49.

Forschungsdiesiderate und Forschungsperspektiven

Bislang vorliegende ethnografische Studien zur Etablierung und Nutzung von Reproduktionstechnologien sind mit wenigen Ausnahmen durch ein gravierendes theoretisches wie methodisches Defizit geprägt, weil sie solche langfristigen Wirkungen ebenso wenig erfassen wie den Sitz der Reproduktionsmedizin im gesamten Leben der Betroffenen: Sie analysieren den Umgang mit Reproduktionstechnologien und die Vorstellungen ihrer Respondenten über die damit gestifteten Verwandtschaftsbeziehungen lediglich im Moment ihrer tatsächlichen Nutzung.⁶ Indem allein Kliniken und medizinische Kontexte als zentrale Orte der Ethnografie gewählt werden, geraten Einstellungen und das Verhalten ihrer Protagonistinnen und Protagonisten ausschließlich in *Ausnahmesituationen*, vor allem vor, während oder unmittelbar nach reproduktionsmedizinischen Interventionen in den Blick. Die überwiegende Zahl der international vorliegenden ethnografischen Studien im Feld der „assistierten Reproduktion“ weist damit kaum zeitliche Tiefe auf, und *Prozesse* der Veralltäglicung können ebenso wenig erfasst werden wie die langsamen oder nachhaltigen Veränderungen von moralischen Überzeugungen, Handlungsmustern und Selbstbildern analysiert werden können, die über den engeren Kontext der Behandlung hinausgehen.

Es sind sowohl Tugenden als auch Konventionen und sich daraus ergebende Zwänge ethnografischer Forschung, die zu diesem Desiderat führen. Die von Michel-Rolph Trouillot so bezeichnete „ethnografische Trilogie“ fordert und fördert *einen* Beobachter, der über einen kurzen, etwa einjährigen Zeitraum einen Zusammenhang bevorzugt an einem Ort analysiert; damit werden zwar detailreiche Momentaufnahmen und dichte Beschreibungen ermöglicht, tendenziell aber die untersuchten Phänomene in ihrer Dynamik still gestellt.⁷ Die Kombination von Archivstudien und Ethnografie, wie sie vor allem in der Europäischen Ethnologie/Volkskunde entwickelt wurde, bietet hier erste Auswege, sie muss jedoch ebenfalls auf die direkte Beobachtung der Dynamik und der zeitlichen Veränderungen von Praktiken weitgehend verzichten.

Wenn hingegen ethnografisch untersucht werden soll, welche „kulturelle und soziale Arbeit“ Betroffene nach reproduktionsmedizinischen Interventionen leisten, um die symbolische Form „natürlicher Verwandtschaft“ und die mit ihr verbundenen sozialen Repräsentationen wieder zu stabilisieren, müssen andere Forschungs-

6 Vgl. exemplarisch die deutsch- und englischsprachigen Pionier-Ethnografien zu Reproduktionstechnologien *Jeanette Edwards* u. a.: *Technologies of Procreation. Kinship in the Age of Assisted Conception*. Manchester 1993; *Sarah Franklin*: *Embodied Progress. A Cultural Account of Assisted Conception*. London/New York 1997; *Brigitta Hauser-Schäublin* u. a.: *Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland*. Frankfurt a. Main/New York 2001.

7 *Michel-Rolph Trouillot*: *Adieu, Culture: A New Duty Arises*. In: *Richard G. Fox, Barbara King* (Hrsg.): *Anthropology beyond Culture*. Oxford u. a. 2002, S. 37–60, hier S. 45.

designs entwickelt werden. Wie das Wissen oder Nichtwissen über biogenetische Herkünfte, In-vitro-Zeugung oder anonyme Spenderväter den Alltag gelebter Verwandtschaftlichkeit und Familiarität *längerfristig* prägt, wie Familien und Verwandtschaftsnetzwerke spezifische Formen des Umgangs mit diesem Wissen im fortgesetzten Alltagsvollzug entwickeln und welche Rolle Wissen/Nichtwissen für technologisch-assistiert gezeugte Kinder im Prozess des Heranwachsens in unterschiedlichen Situationen und biografischen Phasen spielt – diese Fragen erfordern, dass vom Standardmodell ethnografischer Forschung abgewichen wird.

Ein zweiter Aspekt kommt hinzu: Seit den 1980er-Jahren entwickelten sich reproduktionsmedizinische Interventionsoptionen mit bedeutender Geschwindigkeit; die hierdurch ausgelösten Kontroversen veränderten Vorstellungen von „Normalität“, Repräsentationen des „Natürlichen“ und „Künstlichen“ sowie des „bioethisch Akzeptablen“. Reproduktionstechnologien werden damit nicht einfach in bestehende Vorstellungswelten und Handlungsstrukturen eingepasst, sondern redefinieren mit ihrer „Einbettung“ in den Alltag zugleich, was kulturell als „gegeben“, „unproblematisch“ und „normal“ erscheint.⁸ Um der technikdeterministischen Falle zu entgehen, ist mithin eine symmetrische oder relationale Perspektive gefordert, die wissenschaftliche Dynamiken, politische Debatten und Regulationsanstrengungen ebenso in den Blick nimmt wie kulturelle Beständigkeiten und Wandelprozesse, die stabile soziale Muster ebenso ethnografisch beobachtbar macht wie die Aneignung neuer Praktiken des Verwandtschaft-Machens.

Das Projekt, auf dessen Daten unser Artikel beruht, verknüpft daher zwei methodische Ansätze der internationalen Ethnografie: Den Ansatz der „extended case method“, um zeitliche Verläufe und die Prozessualität der Veralltäglichung reproduktionsmedizinischer Interventionen erfassen zu können; und den Ansatz einer „multi-sited ethnography“, um vergleichend – in Klinik und Alltags sowie in Deutschland und der Türkei – analysieren zu können.⁹

Die „extended case method“ wurde in den 1940er- und 1950er-Jahren durch den südafrikanischen Ethnologen Max Gluckman und die „Manchester Schule“ in der britischen Sozialanthropologie entwickelt. Ausgangspunkt war ein historischer Kontext forciertener Neuerungen durch Kolonialismus, Industrialisierung und Urbanisierung. Als Ethnograf des ostafrikanischen Kupfergürtels wollte Gluckman die Veränderungen, die nach der Weltwirtschaftskrise der 30er-Jahre zu einer beschleunigten Integration der Region in die Weltmärkte führten, in den Mikropraktiken des Alltags nachweisen. Sein methodischer Vorschlag *erweiterter Fallstudien* sah vor, an Krisen und sozialen Konflikten anzusetzen und die Praktiken der Akteure

8 Vgl. *Charis Thompson: Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies.* Boston 2005, S. 14 u. 68.

9 Das Projekt umfasst eine weitere, inhaltliche Vergleichsebene zwischen Adoption und assistierenden Reproduktionstechnologien, die in diesem Artikel ebenso ausgeblendet bleibt wie der Vergleich mit Großbritannien.

nicht nur zu einem einzelnen Zeitpunkt zu ethnografieren, sondern ihnen in Zeit und Raum zu folgen.¹⁰

Gluckmans Motto „following cases over extended periods of time, and from one setting to the next“¹¹ kann nicht nur als eine frühe Form der multilokalen, sondern auch der multitemporalen sowie multipersonalen Ethnografie verstanden werden. Die teilnehmende Beobachtung sukzessiver Teilsituationen sollte es mehreren Ethnografinnen und Ethnografen ermöglichen, empirische Daten des Wandels über einen die konventionellen Grenzen der Feldforschung überschreitenden Zeitraum zu generieren. Die frühen Überlegungen Gluckmans wurden von George E. Marcus mit seinem Vorschlag zu einer „multi-sited ethnography“ erweitert, um Dynamiken von Globalisierungsprozessen zu erfassen.¹² Zusammen mit Michael M.J. Fischer plädierte er für die Entwicklung ethnografischer Experimente¹³ vor allem für die kulturanthropologische Erforschung von Wissenschaft und Technisierungsprozessen.¹⁴ Auch in der Europäischen Ethnologie werden Konventionen der Feldforschung hinterfragt und methodische Zugänge entwickelt, um multitemporale und multilokale Phänomene zu erfassen.¹⁵ Aufbauend auf diesen Überlegungen entwickelte das hier vorgestellte Projekt ein Forschungsdesign, das es ermöglicht, den alltäglichen Umgang mit Reproduktionstechnologien *und* ihre Langzeiteffekte in Eltern-Kindbeziehungen ethnografisch durch eine rekurrierende Analyse von Situationen und Einzelfällen vergleichend in mehreren Ländern zu untersuchen. In der Ausdehnung der Forschung auf den *gelebten familiären Alltag nach der reproduktionsmedizinischen Behandlung* werden „assistierte“ Familienbiografien nach der Geburt, Rituale, Narrative und Performanzen von Verwandtschaftlichkeit, Routinen familiärer Selbstrepräsentation und ihre Modifikation in Krisensituationen sowie die Wissenspraktiken von Patientenorganisationen untersucht.

-
- 10 Vgl. *Max Gluckman*: Analysis of a Social Situation in Modern Zululand. Manchester 1940; *Michael Burawoy*: The Extended Case Method. In: *Ders.* u. a. (Hrsg.): *Ethnography Unbound*. Berkeley u. a. 1991, S. 271–290; *T.M.S. Evens, Don Handelman* (Hrsg.): *The Manchester School. Practice and Ethnographic Praxis in Anthropology*. New York u. a. 2006; *Zsuzsa Gille, Sean O Riain*: Global Ethnography. In: *Annual Review of Sociology*, Vol. 28 (2002), S. 271–295.
 - 11 *Michael Burawoy*: Introduction: Reaching for the Global. In: *Ders.* u. a. (Hrsg.): *Global Ethnography. Forces, Connections, and Imaginations in a Postmodern World*. Berkeley u. a. 2000, S. 1–40, hier S. 17.
 - 12 *George E. Marcus*: Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. In: *Annual Review of Anthropology* 24 (1995), S. 95–117.
 - 13 *George E. Marcus, Michael M. J. Fischer*: *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. 2. Aufl. Chicago 1999.
 - 14 *Michael M. J. Fischer*: Culture and cultural analysis as experimental systems. In: *Cultural Anthropology* 22 (2007), 1, S. 1–65.
 - 15 Vgl. hierzu u. a. *Gisela Welz*: Die Pragmatik ethnographischer Temporalisierung. In: *Sabine Hess, Johannes Moser, Maria Schwertl* (Hrsg.): *Neue Perspektiven volkskundlicher/ethnologischer Methoden*. Berlin: im Druck.

Im Folgenden schlagen wir vor, die langsamen Prozesse der Veralltäglichen, der Routinisierung und Entzauberung des Außergewöhnlichen im alltäglichen Umgang mit reproduktionsmedizinischen Optionen ebenso wie die Anpassung rechtlicher und ethischer Regulationen oder die Entwicklung medizinischer und technischer Standards als Ergebnis von *Normalisierungspraxen* zu analysieren. Normalisierung wird hierbei zunächst pragmatisch als reflexive Um- und Neuordnung sozialer Handlungs- und Interaktionsmuster, kultureller Repräsentationen, sowie institutioneller Arrangements gefasst. Die Präzisierung und Erweiterung des Konzepts von Normalisierungsprozessen ist ein Teilziel unserer laufenden Forschungen.

In der internationalen Sozial- und Kulturanthropologie sowie der Europäischen Ethnologie sind normalisierungstheoretische Konzepte bislang kaum entwickelt. Auch interdisziplinär sind normalisierungstheoretische Ansätze selten in überzeugende empirische Forschungsdesigns übersetzt worden.¹⁶ Die ethnologischen Fächer haben die Entwicklung und Verbreitung von Reproduktionstechnologien zwar während der letzten 20 Jahre mit einer großen Zahl von Studien in mehr als 30 Ländern forschend begleitet¹⁷ und dabei vereinzelt auch Normalisierung als Interpretament und Perspektive aufgegriffen,¹⁸ allerdings nur sehr eingeschränkt zeitliche Dynamiken und Prozesse nachzeichnen können. Dabei belegt schon ein erster Blick auf die öffentlichen Debatten um die In-vitro-Fertilisation eine erstaunlich schnelle Normalisierung von ehemals als „Tabubruch“ wahrgenommenen Interventionen – eine Veränderung, die auch aus Sicht von Betroffenen bedeutende Interpretationsänderungen nach sich zieht.

Vom Tabubruch zum reproduktionsmedizinischen „business as usual“

Für die Mehrzahl unserer Gesprächspartnerinnen und -partner in der Türkei und Deutschland erscheint die Reproduktionsmedizin als weitgehend unspektakulär. Seit der Geburt des ersten bundesdeutschen In-vitro-Babies Oliver Wimmelbacher im Universitätsklinikum Erlangen im Jahr 1982,¹⁹ seit das erste transnationale „Türk Tüp Bebek²⁰“, Dilek Katrancı, nach einer IVF-Behandlung in München

16 Siehe aber *Carl May, Tracy Finch*: Implementing, Embedding and Integrating Practices. An Outline of Normalization Process Theory. In: *Sociology* 43 (2009) 3, S. 535–554.

17 Ein Überblick findet sich in *Marcia C. Inhorn, Daphna Birenbaum-Carmeli*: Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. In: *Annual Review of Anthropology* 37 (2008), S. 177–196.

18 Vgl. *C. Thompson*: Making Parents (wie Anm. 9), sowie unter ihrem früheren Namen *Charis M. Cussins*: Ontological Choreography: Agency for Women Patients in Infertility Clinics. In: *Annemarie Mol, Marc Berg* (Hrsg.): *Difference in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham 1998, S. 166–201. Vgl. auch *Wilhelmijn de Jong, Olga Tkach* (Hrsg.): *Making Bodies, Persons and Families. Normalising Reproductive Technologies in Russia, Switzerland and Germany*. Münster 2009.

19 Das weltweit erste „Retortenbaby aus dem Reagenzglas“ – wie es in den späten 1970er-Jahren hieß –, Louise Brown, wurde 1978 in Oldham bei Manchester geboren.

1988 in einer Privatklinik in Samsun das Licht der Welt erblickte und seit das erste „vollkommen türkische“ Tüp Bebek, Ece Çoker, im Jahr 1989 in Izmir auf die Welt kam²¹, sind assistierende Reproduktionstechnologien nahezu global zu Routinebehandlungsformen ungewollter Kinderlosigkeit avanciert – auch wenn hierbei erhebliche Ungleichheiten bestehen.²² Die In-vitro-Befruchtung menschlicher Eizellen und die Weiterentwicklung in Form der ICSI, die den betroffenen Paaren nochmals zusätzliche Behandlungschancen vor allem bei männlicher Infertilität bietet²³, haben mittlerweile weltweit geschätzte vier Millionen Mal zur erfolgreichen Behandlung männlicher oder weiblicher Unfruchtbarkeit geführt²⁴ – und sind etwa fünfmal so häufig gescheitert. Über die Geburt Oliver Wimmelbachers wurde in Deutschland 1982 noch in Frankenstein'schen Metaphern des Menschen-Machens wie „Oliver aus dem Glas“, „Frankens Babies“ und „frevelhafte Tiefkühl-Kinder“²⁵ berichtet. Dilek Katrancı verortet in einem Gespräch mit der Journalisten Esra Tüzün 2009 die alltäglich erlebbaren Normalisierungsprozesse von IVF und ICSI-Behandlungen in der Türkei bereits retrospektiv-biografisch:

„Nun ist IVF zu einer Behandlungsmethode geworden, aber damals, als ich noch ein Kind war, war es für die Menschen eine Gleichung mit multiplen Unbekannten [„çok bilinmeyenli bir denklemi“]. Die [Menschen] wollten mich erforschen, es war so, dass meine Mutter stundenlang deren Fragen beantwortet hat.“²⁶

20 „Tüp Bebek“ bedeutet wörtlich „Reagenzglas-Baby“.

21 Vgl. zu den transnationalen Wissenstransfers, die auch bei der Zeugung und Geburt von Ece Çoker in der Ege Üniversitesi in Izmir im Spiel waren, *Stefan Beck*: Globalisierte Reproduktionsregimes: Anmerkungen zur Emergenz biopolitischer Handlungsräume. In: *Ders.* u. a. (Hrsg.): *Verwandtschaft machen. Reproduktionsmedizin und Adoption in Deutschland und der Türkei*. Berliner Blätter, Band 42, Berlin 2007, S. 124–151, hier S. 136ff.

22 Vgl. *Jacques de Mouzon* u. a.: *World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technologies 2002*. In: *Human Reproduction* 24 (2009) 9, S. 2310–2320. Erste empirische Hinweise zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Zugang zu assistierenden Reproduktionstechnologien in Deutschland geben *Sabine Sütterlin, Iris Hofmann*: *Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?* Hrsg. vom Berliner Institut f. Bevölkerung und Entwicklung, Berlin 2007, S. 32.

23 Seit Anfang der 1990er-Jahre ergänzt das ICSI-Verfahren das Angebot konventioneller In-vitro-Fertilisationstechnologien. Bei der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion wird eine weibliche Eizelle in vitro fixiert und ein männlicher Samenfaden mittels einer feinen Pipette durch die Zellwand direkt ins Zytoplasma geführt; alle anderen Verfahrensschritte (hormonelle Stimulation des weiblichen Körpers, operative Entnahme der Eizellen und Reimplantation nach der Befruchtung) sind mit konventionellen IVF-Methoden identisch. Bioethisch und medizinisch ungeklärt und Anlass für Diskussionen ist vor allem die Frage, inwieweit diese Intervention in „natürliche Selektionsabläufe“ eingreift und deshalb möglicherweise das Risiko für bestimmte, vererbare Krankheiten und der Weitergabe männlicher Infertilität erhöht.

24 Eine grobe Schätzung, die anlässlich der Verleihung des Medizin-Nobelpreises 2010 an Robert Edwards, den „Vater“ des ersten Test-Tube Babies in Großbritannien, im *Scientific American* publiziert wurde (<http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=nobel-medicine-2010>, Zugriff am 20.11.2010).

Heute werden In-vitro-Fertilisation, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und Intrauterine Insemination (IUI) sowohl in der Türkei als auch in Deutschland weitgehend als „ganz normale“ Behandlungsmethoden gesehen. Anders stellt sich die Situation hinsichtlich der Prä-Implantations-Diagnostik (PID) und in Bezug auf Eizellspenden und Leihmutterschaft dar. Lokal je spezifische Rechtsauffassungen und kulturelle Dispositive verbieten PID und Eizellspende in Deutschland mit Verweis auf die Würde des Embryos und die potentielle Ausbeutbarkeit von Frauen. In der Türkei wird das Verbot der Eizellspende mit der medizinisch-technischen Komplexität des Eingriffs begründet; Hintergrund des Verbots von Samenspenden sind eher paternalistische und patriarchale Einstellungen. Die PID ist hingegen erlaubt.

Auch unsere Gesprächspartnerinnen und -partner in Istanbul und Berlin erläutern immer wieder, wie schnell sich ihre Wahrnehmung assistierter Reproduktionstechnologien verändert hat und diskutieren Prozesse der Enttabuisierung, der Entexzeptionalisierung und der Entproblematisierung von IVF und ICSI. So erinnert sich etwa der Berliner Bauhistoriker und Vater von 1994 geborenen IVF-Zwillingen Gregor Bad noch an Zeiten, in denen man in-vitro-gezeugte Kinder mit „Klonen“ verwechselte und die Option Reproduktionstechnologie „gruselig erschien“. Veli Kalem, dessen Ehefrau 2003 mithilfe von IVF Zwillinge bekam, kommentiert die rasche Etablierung von IVF und ICSI in der Türkei und ihre intensive Medialisierung: Der „Tüp Bebek Wahnsinn“, von dem in Presse und Fernsehen immer wieder die Rede ist, sei nun (im Dezember 2010) „wie Essen und Trinken geworden“ [„*Tüp Bebek yemek içmek gibi oldu*“]. Mit der Wahl einer solchen Metapher wird nicht nur nahegelegt, dass IVF-Technologien inzwischen als selbstverständlich gelten können, sondern auch, dass sie sich auf die Erfüllung lebensnotwendiger, existenzieller Bedürfnisse von Menschen richten. Eine Infragestellung ihrer Nutzungs- und Anwendungsweisen wird damit hingegen nicht evoziert.

Von der Technik-Nutzung zu reflexiven Um- und Neudeutungen

Die Erfahrungen der zu Beginn des Artikels vorgestellten Paare Rapp und Koç können als idealtypisch für den Umgang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen gelten, wenn berücksichtigt wird, dass beide zu jener Minderheit gehören, bei der die Behandlungsversuche zu einem guten Ende, der lange erhofften Geburt von Kindern, geführt hat. Vor allem deshalb kann nicht behauptet werden, dass sie als repräsentativ für die große Bandbreite und Varianz betroffener Frauen und Paare anzusehen seien, deren Weg in die Reproduktionsmedizin nach ersten Behandlungsversuchen ohne operative Eingriffe mehr oder weniger schnell in eine Spezialpraxis oder Klinik für Infertilitätsbehandlungen führt.

25 Vgl. Die ZEIT vom 16.4.1982 und 22.4.1982.

26 Siehe: <http://www.cep-x.com/saglik-ve-yasam/292363-simdi-18-yasinda-bir-genc-kiz.html> (Zugriff am 20.01.2011).

Durchaus verallgemeinerbar ist jedoch, dass sich sowohl Birgit und Rainer Rapp als auch Şebnem und Kadir Koç wie die meisten unserer Forschungsprotagonistinnen und -protagonisten herausgefordert sahen, eine Haltung gegenüber den Ambivalenzen zu entwickeln, die ihre Interaktionen mit reproduktionsmedizinischen *agencements*²⁷ hervorrufen: Einerseits sind sie über einen exzessiven Aktivismus, komplexe Planungen und intensive körperliche Eingebundenheit an einem halböffentlichen Prozess beteiligt, in dessen Verlauf unter Hinzuziehung zahlreicher Experten ein Kind, legitime Eltern²⁸ und zusätzliche Verwandtschaftsbeziehungen entstehen sollen. Andererseits sind sie mit großer Unsicherheit konfrontiert, mit wiederkehrenden Phasen der Ohnmacht, bangem Warten auf medizinische Daten, mit der zyklisch auftretenden Alles-oder-Nichts-Alternative von Erfolg oder Fehlschlag, mit der immer wieder zu treffenden Entscheidung, aufzuhören oder weiterzumachen. Zwischen diesen Polen müssen sie lebbar, pragmatische und für sich und andere verantwortbare Umgangsformen entwickeln, die diese Spannungen entschärfen und erträglich gestalten.

Nach fünf erfolglosen Monaten – im Vergleich zu vielen anderen Frauen und Paaren ist das ziemlich zügig – suchten die Rapps eine auf die Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit spezialisierte „Kinderwunschpraxis“ auf und erhielten dort eine doppelte Diagnose: Ein schlechtes Spermogramm bei Rainer Rapp und ein ungewöhnlich schwankender Hormonspiegel sowie ein zu geringer Aufbau der Gebärmutter schleimhaut bei Birgit Rapp ließen eine Schwangerschaft gleich zweifach problematisch erscheinen. Der Arzt riet zum maximal invasiven, seiner Meinung nach auch maximal erfolgversprechenden sofortigen Eingriff: Künstliche Befruchtung via ICSI-Verfahren²⁹. Um eine Entscheidung treffen zu können, wurde Birgit Rapp zu einer Expertin in eigener Sache: Sie durchforstete das Internet, schaffte ein medizinisches Wörterbuch an, lud Fachartikel herunter, schrieb Notizen auf Karteikarten und fragte ihrem Arzt „Löcher in den Bauch“. Schließlich entschieden sie und ihr Mann sich gegen den High-Tech-Einstieg und steigerten stattdessen ihr ohnehin schon laufendes Programm mit weniger invasiven Maßnahmen: hormonelle Stimulation auf niedrigerem Niveau, verfeinerte Zykluskontrolle, wiederholte Inseminationen mit den Spermien ihres Mannes.

Diese Strategie verhinderte jedoch nicht, dass das reproduktionsmedizinisch assistierte „Projekt Kinderwunsch“ die Normalität des gemeinsamen

27 Die von Michel Callon vorgeschlagene Begrifflichkeit des *agencements* lässt „Agent/Akteur“ und „Arrangement/Ordnung“ verschmelzen, um Handlungs- und Bedeutungsebene, individuelle und institutionelle Ebene zugleich analysierbar zu machen; vgl. *Michel Callon: Why Virtualism Paves the Way to Political Impotence. A Reply to Daniel Miller's Critique of „The Laws of the Markets“*. In: *Economic Sociology, European Electronic Newsletter 6* (2005) 20, hrsg. vom Max Planck Institute for the Study of Societies, <http://econ-soc.mpifg.de/archive/esfeb05.pdf> (Zugriff am 20. 02. 2007).

28 Vgl. *C. Thompson: Making Parents* (wie Anm. 8).

29 Vgl. Anm. 23.

Beziehungs- und Berufsalltags mehr und mehr durcheinanderbrachte. Zur als belastend empfundenen Sexualität „nach Vorschrift“ kamen die Enttäuschungen über wiedereinsetzende Blutungen und fehlgeschlagene Zyklen hinzu, einmal kam es zu einer frühen Fehlgeburt. Ihr erster Sohn wurde schließlich nicht via Insemination, sondern bei einer gemeinsamen Nacht im Berliner Hilton-Hotel gezeugt: Birgit Rapp erzählt, wie sie nach zwei Wochen täglicher Hormonspritzen in der Mitte eines geplanten IVF-Zyklus verzweifelt bei ihrer Frauenärztin saß, die einen verfrühten Eisprung feststellte und ihren Mann zur Samenabgabe für die Insemination in die Praxis zitieren wollte.

„Sie haben gleich einen Eisprung“, meinte sie. Ich sage: ‚Entschuldigung, das geht jetzt nicht!‘ Sagt sie: ‚Der muss heut’ Abend kommen. Heute bis 19 Uhr oder morgen ab 8 Uhr.‘ Ich sag’: ‚Das geht nicht, der ist im Personenschutzinsatz beim chinesischen Ministerpräsidenten, der ist unabkömmlich bis Donnerstag.‘ Ja. Dann hab’ ich erst einmal tierisch geheult und gedacht, dass ich meinem Mann doch nicht für ein Kind in einen Einsatz hinterherfahre! Sagt sie: ‚Der ist doch am Hotel Hilton eingesetzt.‘ So: ‚Na ja, hm, ...‘ Und so ist Sven dann entstanden. Sie hat mir eine Auslösespritze gegeben, dass es auch tatsächlich an diesem Tag passiert, und dann bin ich meinem Mann für fünf Stunden hinterhergefahren, so für eine halbe Übernachtung. Ja. Und dann hat es halt genau dann geklappt.“

In Istanbul unterzog sich Kadir Koç einer Varikozele-Operation; es folgte eine ganze Serie von assistierten Inseminationsversuchen, die erfolglos blieben. Schließlich begannen die Koçs mit ICSI. Dieses „Tüp Bebek“-Verfahren, das ihrer Meinung nach in den türkischen Medien und in der Werbung als viel zu einfach und erfolgreich dargestellt wird, beschreiben sie im Interview als zeitaufwendig, voller Risiken, ungewiss und als eine insgesamt „sehr harte Prozedur“ vor allem für die Frau.

„Ich wusste gar nicht, wie mir geschah. (...) Du nimmst so viele Hormone, so viele Medikamente, bekommst so viele Spritzen, richtest dein Leben dementsprechend ein. (...) Ich bin eine Person, die nicht krank wird und die nie zum Arzt geht. Dann auf einmal das volle Programm: Vergiss nicht die Pillen, vergiss nicht die Vitamine, vergiss nicht dies, vergiss nicht das.“

Nach einer längeren Pause infolge einer schmerzhaften Fehlgeburt beschreibt sich Şebnem Koç ihrem Selbstverständnis nach und in ihrem Lebensrhythmus als verändert:

„Dann habe ich auch noch angefangen, mir selber Injektionen an der Hüfte zu verpassen (...), täglich, immer zur gleichen Zeit, direkt aus dem Kühlschrank. Dazu noch die Pillen. Hatte ich noch nie zuvor in meinem Leben. Meine Arme wurden völlig durchlöchert, mein Bauch wurde völlig durchlöchert, mein Hintern wurde völlig durchlöchert [sie lacht]. Wirklich, so ganz grün und blau. (...) Der Aufwand ist enorm; Du musst täglich einen halben Tag einbringen.“

Einer Freundin, die in einer ähnlichen Situation wie sie selbst ist, rät sie:

„Rechne damit, dass es mehr und mehr zu einer Prozedur wird, die zwischen dir und deinem Arzt stattfindet. Erwarte nicht, dass dein Mann irgendwie ein Teil davon wird. Wenn er daran teilnimmt, freu Dich.“

Nach insgesamt sieben Jahren unterschiedlicher Behandlungen und Interventionen kommt es 2008 zur lange erhofften Geburt eines Sohnes.

In den beiden Fallgeschichten der Ehepaare Rapp und Koç wird deutlich, dass die reproduktionsmedizinischen Angebote nicht nur in den Körper eingreifen, sondern dass medizinisches Wissen und Technologien auch soziale Beziehungsdynamiken neu ordnen, die Revision von Selbstverständnissen und -verhältnissen nahelegen und veränderte Deutungs(an)gebote ins Spiel bringen. Die standardisierten Behandlungsangebote und -verläufe erzeugen eine Eigendynamik, der sich die Betroffenen kaum entziehen können. Es entstehen neue Routinen und Muster der Wiederholung, der Steigerung und der Veränderung, mit denen auf biografische Krisen der Reproduktion und die invasiven Zumutungen der Reproduktionstechnologien reagiert wird.

Normalisierungspraxen – Normalisierungskonzepte: Theoretische Angebote

Inwiefern sind solche Modifikationen und Transformationen sinnvoll als Normalisierungspraxen und -prozesse zu analysieren? Ein Blick in den sozial-, kultur- und geschichtswissenschaftlichen Forschungsstand zeigt, dass bislang erstaunlich wenig systematisierende Angebote entwickelt wurden und insbesondere empirisch gesättigte Studien zu „Normalisierungsprozessen“ ein Forschungsdesiderat markieren. Eine begriffs- und diskursgeschichtliche Einführung zu „Normalität“ wie „Normalisierung“ bietet Jürgen Link³⁰, der den inflationär eingesetzten und unscharfen Begriff der Normalität historisch wie systematisch von Nachbarkonzepten wie Alltäglichkeit, Normativität und Disziplinierung abzugrenzen versucht und mit „Protonormalismus“ und „flexiblem Normalismus“ zwei Strategien „moderner“ Selbstnormalisierung bestimmt.³¹ Weiterführend ist Georges Canguilhem's Analyse der Entstehung von quantitativ orientierten, skalierbaren Normalitätskonzepten im Feld der Medizin und deren Transfer in die Soziologie.³² Canguilhem betont den dynamischen und polemischen Charakter des Normalen, das immer auch die Abgrenzung von einer Gegenordnung impliziert. Einflussreich in der empirischen Gegenwartsforschung sind vor allem die Arbeiten Michel Foucaults, der auf Canguilhem's Arbeiten aufbauend unter „Normalisierungsgesellschaft“ ein „zentrales Merkmal der Moderne“³³ verstand, eine historisch verortete Form der sozialen Ordnung, in der sich „die Norm der Disziplin und die Norm der Regulierung miteinander verbinden“³⁴. Foucault interessierte sich vor allem für verschiedene Strategien des Staates im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts, die sich auf

30 Jürgen Link: Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 3. ergänzte und überarb. Aufl. Göttingen 2006.

31 Ebd., S. 39.

32 Georges Canguilhem: Das Normale und das Pathologische. Frankfurt a. Main u. a. 1977.

33 Paul Rabinow: Anthropologie der Vernunft. Frankfurt a. Main 2004, S. 87.

34 Michel Foucault: In Verteidigung der Gesellschaft. Frankfurt a. Main 1999, S. 299.

die Organisation zeitlicher, räumlicher, ethischer und bürokratischer Prozesse in den Feldern von Gesundheit, Krankheit und Sterblichkeit richteten, um soziale Beziehungen und Subjektivitäten zu formen. Foucaults Untersuchungen eröffnen eine Perspektive auf Normalisierung als Herstellung von Normen (durch Standards, Statistik, Klassifikation, Formen der Qualitätsbestimmung), Regulierung, Disziplinierung sowie Formen des Selbst- und Fremd-Managements.

Untersuchungen zum kulturellen und sozialen Wandel durch Reproduktionstechnologien, die in einer von Foucault inspirierten Perspektive auf Normalisierung arbeiten³⁵ fokussieren in der Regel auf ein Ineinanderlaufen von Regulierung, Disziplinierung und Standardisierung, von „operationaler“ Normalität und wahrheitsgestützter Normativität. Sie rekonstruieren, wie Reproduktionstechnologien als scheinbar nur „kleine Abweichungen“ vom Normalprozess menschlicher Fortpflanzung repräsentiert werden, etwa als „helfende Hand“ und Assistentin der Natur.³⁶ Die amerikanische Wissenschaftsforscherin Charis Thompson hat in ihrer Praxeografie des Alltags in kalifornischen Infertilitäts-Kliniken diese normalisierungstheoretische Perspektive weiter ausgearbeitet, indem sie zeigt, wie dort Naturalisierung, Routinisierung und Standardisierung zusammenwirken, um nicht nur technologisch assistierte Babies sondern vor allem „legitime“, rechtlich, ethisch und sozial anerkennungsfähige Eltern zu produzieren.³⁷

Auf diese Arbeiten wird aufgebaut, wenn wir im Folgenden noch tentativ versuchen, aus der ethnografischen Empirie zu den Praktiken des Verwandtschaft-Machens mit Reproduktionstechnologien heraus Bausteine für einen stärker *wissens- und praxisanthropologisch* argumentierenden, systematisch prozesshaften Normalisierungsbegriff zu entwickeln. Der *wissensanthropologische* Impuls begründet sich in unserer Beobachtung, dass die Normalisierungspraktiken der Akteure im Feld der Reproduktionstechnologien, die sich immer um Spannungsverhältnisse, Ambivalenzen und Konflikte drehen und grundsätzlich unter Bedingungen eines ausgeprägten Normenpluralismus stattfinden, von einer Intensivierung von Begründungspflichten vorangetrieben werden. Denn ein Mehr an verfügbarem medizinischen und diagnostischen Wissen stärkt nicht nur die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen, Normen und Standards, sondern auch den wissenschaftlich begründeten Zweifel, und markiert Zonen des Nichtwissens. Der *praxisanthropologische Impuls* ist primär unserer Auffassung geschuldet, dass sich die heterogenen sozio-technischen Ordnungen der Reproduktionsmedizin in ihren Entstehungsprozessen am ehesten als „interaktive Sache des Tuns“³⁸ verstehen las-

35 Vgl. C. Thompson: *Marking Parents* (wie Anm. 8); W. de Jong, O. Tkach: *Making Bodies* (wie Anm. 18).

36 Vgl. S. Franklin: *Embodied Progress* (wie Anm. 6).

37 C. Thompson: *Making Parents* (wie Anm. 8).

38 Karl H. Hörning, Julia Reuter: *Doing Culture: Kultur als Praxis*. In: Dies. (Hrsg.): *Doing Culture*. Neue Positionen zum Verhältnis zwischen Kultur und Praxis. Bielefeld 2004, S. 9–15, hier S. 10.

sen.³⁹ Ein praxistheoretisch erweiterter und systematisierter Normalisierungsbegriff müsste zudem empirisch feingliedriger zu operationalisieren sein, Entwicklungsdynamiken nicht unidirektional, sondern prinzipiell als unabgeschlossen konzipieren, soziale, narrativ-diskursive und materiell-körperliche Dimensionen aufeinander beziehen und die Spezifik von Normalisierungsprozessen in unterschiedlichen Lebensbereichen angemessen berücksichtigen.⁴⁰

Syn-Chronie im Behandlungsalltag

Der Einsatz von Reproduktionstechnologien ist für alle Beteiligten durch eine Entweder-oder-Logik charakterisiert: „Erfolg“ entsteht hier nicht akkumulierend⁴¹, sondern jeder Behandlungszyklus beginnt am Nullpunkt – ein „bisschen schwanger“ gibt es nicht.⁴² Hierdurch ergibt sich eine besondere „Produktionsökonomie“ der Repro-Medizin, die – wie beim Glücksspiel – durch kurzfristige, in sich abgeschlossene, häufig über Jahre wiederholte Investitionen geprägt ist und einen Ausstieg schwer macht.⁴³ Haben die Interventionen schließlich den ersehnten Erfolg, müssen langfristige Strategien entworfen werden, ob und wie etwa den Kindern oder Verwandten Informationen über die außergewöhnliche Zeugung gegeben werden. Die Betroffenen müssen dabei mit sehr unterschiedlichen Zeithorizonten umgehen; es sind Anpassungen erforderlich, die im Folgenden als Normalisierungspraktiken beschrieben werden sollen. In einem ersten Schritt werden *kurzfristige Normalisierungspraktiken* vorgestellt, im nächsten Abschnitt *langfristige*, die vor allem (familien-)biografische Narrative betreffen.

Kurzfristig angelegte Normalisierungspraktiken lassen sich in dem von uns generierten empirischen Material in drei verschiedenen Zusammenhängen rekonstruieren: (1.) in der Normalisierung reproduktionsmedizinischer Behandlungsverläufe selbst; hier spielen medizinische Experten eine herausgehobene Rolle; (2.) in Nor-

39 Vgl. als Überblick über praxistheoretische Ansätze in der internationalen Anthropologie *Stefan Beck*: Umgang mit Technik. Kulturelle Praxen und kulturwissenschaftliche Forschungskonzepte. Berlin 1997, insbes. S. 294–355, sowie die Beiträge in *Theodore R. Schatzki, Karin Knorr-Cetina, Eike von Savigny*: The Practice Turn in Contemporary Theory. New York 2001.

40 Vgl. zum Begriff von „material-discursive practices“ *Karen Barad*: Posthumanist Performativity: Towards an Understanding of How Matter Comes to Matter. In: *Signs* 28 (2003) 3, S. 801–831; vgl. zu Normalisierungsprozessen nach Transplantation *Katrin Amelang*: Transplantierte Normalitäten: Messen, Herstellen, Leben. In: *Joëlle Vailly, Jörg Niewöhner, Janina Kehr* (Hrsg.): Leben in Gesellschaft. Biomedizin – Politik – Sozialwissenschaften. Münster 2011, S. 219–248.

41 Thompson bezeichnet dies als Charakteristikum spätmoderner Produktionsverhältnisse, die sie als „Biomedical Mode of (Re-)Production“ bezeichnet. *C. Thompson*: Making Parents (wie Anm. 8) S. 245ff.

42 Vgl. Franklin, die sehr genau eine Reihe charakteristischer Dilemmata der Betroffenen im Behandlungsprozess analysiert. *S. Franklin*: Embodied Progress (wie Anm. 6), S. 176ff.

43 Ebd., Kap. 4 und 5.

malisierungspraktiken, die durch eine kurzfristige Synchronisation verschiedener Lebensbereiche (Berufsalltag, reproduktionsmedizinische Behandlung, Sexualität) eine Integration von Behandlung und Aufrechterhaltung von Alltag ermöglichen sollen und mit denen Betroffene auf oftmals als extrem konflikthaft empfundene Situationen reagieren; und schließlich (3.) verschiedene Formen der normalisierenden Aushandlung von Ambivalenzen.

(1.) In Bezug auf die Behandlungsverläufe selbst ist ein Aushandlungsprozess zwischen Medizinerinnen und Medizinern sowie Betroffenen zu beobachten, in dem neben medizinischen und labortechnischen Möglichkeiten standardisierte Behandlungsprotokolle und ärztliches Erfahrungswissen eine entscheidende Rolle spielen. Im Ergebnis entstehen als „normal“ akzeptierte Behandlungsverläufe, die – nach komplizierten und oft als verunsichernd empfundenen ersten Entscheidungsprozessen auf Seiten der Betroffenen – zu *Entscheidungsentlastungen* in den später folgenden Behandlungsschritten führen. Grob lassen sich in dem von uns beobachteten Sample zwei typische Dynamiken differenzieren, die wir hier als *eskalierenden* und als *direkt-maximalen Behandlungsverlauf* bezeichnen.

Die eingangs angeführten ethnografischen Vignetten zur Reproduktionsgeschichte unserer Interviewpartnerinnen Birgit Rapp und Şebnem Koç sind Beispiele für die idealtypische Logik des eskalierenden Behandlungsverlaufs. Schritt für Schritt wird in die reproduktiven Prozesse in den betroffenen Familien eingegriffen. Stellt sich kein Erfolg ein, wird eine extra-korporale Befruchtung versucht und als letzte reproduktionsmedizinische Eskalationsstufe schließlich die ICSI-Behandlung angewandt. Bleibt auch dies erfolglos, ziehen Betroffene, so zeigen unsere individuellen Fallgeschichten, eine donogene Insemination oder die Entscheidung für ein Adoptionsverfahren in Betracht; Einzelne reisen zu in Deutschland oder der Türkei verbotenen zusätzlichen Behandlungsmethoden ins Ausland. Eine Akzeptanz der jeweils höheren Stufe der reproduktionstechnischen Intervention stellt sich für die Betroffenen durch ein „Ausreizen“ der jeweils niedrigeren Behandlungsstufe ein. Bemerkenswert ist, dass die Logik einer schrittweisen Behandlungssteigerung vor allem vonseiten der Patientinnen/Kundinnen vertreten wird. Einzelne Ärztinnen und Ärzten stellen ihre Empfehlungen – auch entgegen eigenen, genuin medizinischen Überzeugungen – auf diese Sichtweise ein:

„Ich denke es ist auch wichtig, dass man sie [die Patientinnen] abholt. Nach meiner Erfahrung kommt man viel weiter, wenn man sagt, ‚Okay, wir versuchen das erst mit der Insemination‘, auch wenn man selbst der Meinung ist, die Chancen sind nicht besonders gut. (...) Und wenn man damit keinen Erfolg hat, sagt man: ‚Der nächste Schritt wäre vielleicht doch mal die Reagenzglasbefruchtung zu probieren, wie stehen sie dazu?‘“ (Dr. Hermlin, Berlin 08/2005)

Die von uns interviewten Ärzte und Ärztinnen müssen häufig zwischen den Erwartungen der Betroffenen, die mit den von ihnen gewählten Behandlungsformen möglichst wenig von der „normalen“ Zeugung abweichen wollen, und dem ärztlichen Interesse, den belastenden Ausnahmezustand der reproduktionsmedi-

nischen Interventionen möglichst kurz zu halten, vermitteln. Der Endokrinologe und Gynäkologe Dr. Richard Berger, der vor dem Hintergrund seiner langjährigen Erfahrung vermeiden möchte, dass sich Behandlungen „wie Kaugummi“ in die Länge ziehen, versucht, seine Patientinnen von einem „direkt-maximalen Behandlungsverlauf“ zu überzeugen. Das eigentlich Belastende seien nicht die invasiven medizinischen Eingriffe, sondern die zyklische Wiederkehr von Enttäuschungen:

„Das eigentlich fiese, was alle Paare fürchten, worunter sie leiden und was sie umwirft, ist immer die Regelblutung. (...) Wenn es schon wieder nicht klappt. Jedes Mal.“ (Dr. Berger, Berlin, 02/2005)

Er rät deshalb, die medizinische Kinderwunschbehandlung „konsequent anzugehen, mit den Methoden, die die höchsten (Erfolgs-)Wahrscheinlichkeiten bieten und damit den Kinderwunsch so kurz wie möglich zu halten und möglichst schnell zum Ziel zu kommen“.

In unseren türkischen Experteninterviews wird noch deutlicher und einheitlicher für direkt-maximale Behandlungswege argumentiert.⁴⁴ Dementsprechend werden mehr ICSI-Behandlungen als reguläre IVF-Behandlungen durchgeführt. Neben einem stärker paternalistisch strukturierten Arzt-Patienten-Verhältnis wird hierfür auch die oft angespannte ökonomische Situation vieler Patientinnen und Patienten verantwortlich gemacht. Dr. Hakan Özörnek, Leiter einer großen Istanbuler Fertilitätsklinik und langjähriger Gesprächspartner unseres Projektes, erläutert:

„Da die Menschen in der Türkei in der Regel nur das Geld für eine Behandlung haben, können Sie denen nicht sagen: ‚Nehmen sie es mir bitte nicht übel, wir haben Tüp Bebek [gemeint ist eine klassische IVF-Behandlung] versucht, aber es hat nicht geklappt. Folglich machen wir eine ICSI-Behandlung‘, [um zum Erfolg zu kommen]. (Dr. Özörnek, Istanbul, 06/2006).

Einige Interviewpartnerinnen und ihre Partner äußern im Rückblick auf ihre Behandlung ähnliche Bedenken wie Dr. Berger und beschreiben die wiederkehrende Enttäuschung über eine ausbleibende Schwangerschaft als „sehr deprimierend“. So konsequent wie Hannah Sommerfeld, die sofort den maximalen Behandlungsverlauf wählte, obwohl sie eher eine alternativmedizinische Orientierung und eine kritische Haltung gegenüber dem Medizinsystem hat, sind jedoch nur sehr wenige Betroffene:⁴⁵ Für sie sei eigentlich „das höchste der Gefühle im Krankheitsfall, dass ich eine halbe Aspirin einschmeiße“. Aber weil Spermientests wieder-

44 Vgl. *Zeynep Gürtin-Broadbent*: Practitioners as Interface Agents between the Local and the Global: The Localization of IVF in Turkey. In: *Michi Knecht, Maren Klotz, Stefan Beck* (Hrsg.): *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt a. Main/Chicago, im Druck.

45 Eine ausführliche Darstellung dieser Fallgeschichte findet sich in *Michi Knecht*: *Reproduktionstechnologien und die Biomedikalisierung von Verwandtschaft – Anmerkungen aus ethnographischer Perspektive*. In: *Das Argument* 275 (2008), S. 179–194, hier S. 190–193. (Interviews zu dieser Passage 03/ und 04/2007).

holt eine Oligozoospermie bei ihrem Partner Felix Manteuffel diagnostiziert hatten und nachdem sich über zehn gemeinsame Jahre die Hoffnung, dass Hannah Sommerfeld vielleicht doch „nebenbei“ schwanger werden würde, nicht erfüllt hatte, stieg sie mit Ende Dreißig mit einer ICSI-Behandlung und folgender Kryokonservierung („Einfrieren“) der befruchteten Eizellen in die Reproduktionsmedizin ein. Sie erleidet während der für die Eizellentnahme nötigen Hormontherapie eine gefährliche Überstimulation, wird aber bereits nach dem zweiten Embryonentransfer mit ihrem ersten Sohn Johann schwanger. Sofort nach dem Erfolg durch den direkt-maximalen Behandlungsverlauf kehrt sie zu ihrer medizinkritischen Haltung zurück, lehnt durch die Frauenärztin empfohlene diagnostische Eingriffe wie Fruchtwasseruntersuchung und eine Überwachung der Schwangerschaft mit hoch auflösenden Ultraschallbildern ab und entbindet – auch das bei reproduktionstechnologisch assistierten Schwangerschaften selten – in einem Hebammenhaus. Nach einem weiteren Versuch, per ICSI ein zweites Kind zu empfangen, ist sie – wie sie sagt – nicht mehr bereit für die „Verwandlung von Frau zur Patientin“: Sie bricht die Behandlung ab. Stattdessen adoptiert das Paar ein Waisenkind aus einer in seinem asiatischen Heimatland diskriminierten ethnischen Minderheit.

Bemerkenswert ist, dass es gerade die Konfrontation mit der Komplexität der „technischen Machbarkeit“ der Zeugung ist, die bei den Sommerfeld-Manteuffels eine Bewunderung und fast sakrale Andacht gegenüber der „natürlichen“ Zeugung hervorruft:

„Danach denkst Du, ja, dass überhaupt Kinder in dieser Welt entstehen, ist eigentlich unvorstellbar! Du erfährst ja ganz systematisch, was es da alles für Störmöglichkeiten gibt, was da alles passiert binnen weniger Stunden. Das ist der Wahnsinn! (...) Die Unwahrscheinlichkeit, dass gesunde Babys überhaupt gezeugt und geboren werden. (...) Das hört sich jetzt natürlich pathetisch an, aber ich habe wirklich eine wahnsinnige Ehrfurcht vor entstehendem Leben bekommen, (...) einen irren Respekt davor, was für perfekte Dinge da passieren können.“ (Hannah Sommerfeld, Berlin 03/2007).

Die Ausnahmesituation des Behandlungsregimes verändert auch die Haltung zu den „natürlichen Tatsachen des Lebens“ nachhaltig. Ehrfurcht und Respekt gegenüber „natürlicher“ Zeugung, Schwangerschaft und Geburt werden gerade durch die Reproduktionsmedizin gesteigert, weil hierdurch biologische Komplexität und Kontingenz transparent wird.⁴⁶ Hier wird eine bemerkenswerte Dialektik der Normalisierung reproduktionsmedizinischer Interventionen kenntlich, die im Ergebnis „Natürliches“ und „Künstliches“ ähnlich – nämlich ähnlich komplex – erscheinen lässt.

(2.) Ein weiteres Dilemma, mit dem sich unsere Respondentinnen während ihrer Behandlungen konfrontiert sehen, betrifft das komplizierte, aufwendige und minutiöse Zeitmanagement, das die reproduktionsmedizinischen Therapiepläne

46 *S. Franklin*: Embodied Progress (wie Anm. 6), S. 189f.; *M. Knecht*: Reproduktionstechnologien (wie Anm. 45).

erfordern, das aber gleichzeitig die Erhaltung einer gewissen Alltagsnormalität erschwert. Die sich über Monate und häufig Jahre hinziehenden Termine müssen mit den Anforderungen des Berufsalltags beider Partner und einer lebhaften Sexualität synchronisiert werden, um einen Behandlungserfolg zu ermöglichen. Normalisierung erfolgt hier durch Routinisierung und Trivialisierung: Arzttermine werden in die Mittagspause gezwängt, Medikamente im Kühlschrank einer Apotheke in der Nähe des Arbeitsplatzes zwischengelagert; Hormonspritzen mit ins Büro genommen. Kommt es zu Konflikten zwischen beruflichen Terminen und den engen Taktungen des aktuellen Therapieplans, werden entweder kreative Verschleierungstaktiken erfunden (Interviewpartnerinnen plausibilisierten ihr häufigeres Fehlen beispielsweise mit Allergietherapien und Stoffwechselerkrankungen) oder es wird auf Transparenz gesetzt. Klara Blau, die als Angestellte in einem Großmarkt ihre Arbeitszeiten nicht selbst bestimmen kann, fühlte sich zu Offenheit in ihrem beruflichen Umfeld verpflichtet:

„Ich habe meinen Arbeitskollegen schon sagen müssen, was los ist, was ich vorhabe, weil es ja teilweise sehr kurzfristig war, mit dem Schichtentauschen. Ich sage mal: Der Eisprung fragt nicht danach, wann du arbeiten musst.“ (Berlin, 08/2005)

In den von uns erhobenen Fallstudien ist ein immer wiederkehrender Erzähltopos über den Moment der Offenbarung am Arbeitsplatz die Schilderung der plötzlichen Einsicht, dass man mit dem Problem der ungewollten Kinderlosigkeit und den Frustrationen erfolgloser Behandlungsversuche nicht alleine ist und auch andere Kolleginnen und Kollegen betroffen sind. In solchen Begegnungen, die auch in den Wartezimmern der Ärzte und im Kontext von Patientinnenorganisationen stattfinden können, werden Praktiken des Teilens und Mitteilens entwickelt. Wie Firuze Idali meint, geht es dabei nicht nur um Wissen und Informationen, sondern auch um Entlastung und Trost:

„Meine Bauchschmerzen fingen wieder an, ‚verflucht‘, sagte ich, ‚ich bekomme wieder meine Periode‘. Aber jetzt, (...), dank der Menschen, die ich (...) kennengelernt habe, es gibt so viele Menschen, die es auch vermissen, dass ihre Periode aussetzt, das hilft mir, darüber hinwegzukommen.“ (Istanbul, 03/2007)

Um die Koordination von Paarzeit, Arbeitszeit und Behandlungsterminen besser in den Griff zu bekommen, begann Interviewpartnerin Luise Urtrel gemeinsam mit ihrem Mann einen Eisprungkalender zu führen:

„Also, wir haben das so gemacht, dass wir zumindest den prognostizierten Eisprung in den Kalender eingetragen haben. Man kann es, zumindest für die ersten drei Monate, ungefähr sagen. Man hat ein Fenster von einer Woche und das kann man dann blocken. Mein Mann ist ja viel im Ausland und er hat sich das dann eingetragen und die Geschäftsreisen entsprechend gelegt. Zum Glück ist er relativ flexibel, das funktioniert. Er kann eben bis zu einem gewissen Grad sagen, er fliegt nicht, er kommt eine Woche später oder er nimmt den Flieger am nächsten Tag.“ (Luise Urtrel, Berlin, 02/2006)

Bereits in der Geschichte von Frau Rapp zu Beginn dieses Artikels wurde jedoch deutlich, wie sehr eine solche Methodisierung und Zielorientierung des Sexuallebens als belastend empfunden werden kann. Die von Max Weber konstatierte

Konfliktlage zwischen der „spezifischen Irrationalität“ von Sexualität und der „Beherrschtheit und Lebensmethodik“ einer rationalisierten Moderne,⁴⁷ wird in der „reproduktions-optimierenden“ Taktung des Sexlebens während reproduktionsmedizinischer Behandlungen nochmals intensiviert.

(3.) Weil die Terminpläne, die Dinge und Materialitäten, Optionen und Enttäuschungen der Reproduktionstechnologien tief in persönliche Lebens- und Sinngebungsbereiche eingreifen, generieren sie in spezifischer Weise Ambivalenzen, auf die unsere Interviewpartnerinnen immer wieder unter Bezug auf zwei eng verwandte narrative Topoi reagieren: Im ersten narrativen Topos, hier kurz „Wunder-Talk“ genannt, wird ein Spannungsverhältnis zwischen der Erfahrung technologischer Intervention in reproduktive Prozesse und klassischen Topoi der Alltags-Verzauberung/Sinngebung („ein Kind empfangen“, „ein Wunder erleben“, „Glück haben“) zum Ausdruck gebracht.⁴⁸ Die Normalisierungspraxis besteht hier darin, die technologische Assistenz und auch den eigenen planend-intervenierenden Handlungsanteil daran herunterzuspielen. Zeugung und Empfängnis werden, wie wir das schon an der Erzählung von Hannah Sommerfeld gezeigt haben, als miraculöser Prozess dargestellt – in anderen Fällen auch als Vorsehung/Vorbestimmung, als Glücksfall, Zauberei, als Wirken „höherer Mächte“ usw. Auch Frau Koç beschreibt den Prozess der Kryokonservierung ihrer Embryonen und die durch die Tieffrierung ermöglichte lange Zeitspanne zwischen der eigentlichen Petrischalen-Befruchtung und einem später erfolgenden Embryonentransfer in die Gebärmutter sowie die daraus schließlich resultierende Schwangerschaft als „klares Wunder“.

Im zweiten narrativen Topos, hier kurz „Natürlichkeits-Talk“ genannt, suchen Betroffene unter Rückgriff auf Biologie und Natürlichkeitsvorstellungen Orientierung und Entscheidungshilfe im Umgang mit den von ihnen genutzten Reproduktionstechnologien. Die Normalisierungspraxis besteht hier in einer Grenzziehung zwischen natürlich (und damit akzeptabel) und unnatürlich (und damit inakzeptabel) oder präziser zwischen Graden akzeptabler und inakzeptabler Künstlichkeit. Besonders die Entscheidung für oder wider ICSI-Technologie⁴⁹ wird in unseren Feldforschungsmaterialien immer wieder im „Natürlichkeits-Talk“ verhandelt. Exemplarisch hierfür ist eine Äußerung Birgit Rapps, welche sich, wie eingangs geschildert, für einen langsam eskalierenden Behandlungsverlauf und gegen ICSI entschieden hatte:

„ICSI – also, diese ganz höchste Stufe. Da hab’ ich dann schon angefangen, Panik zu kriegen, weil ich mir gedacht habe, bei der In-Vitro sucht sich die Samenzelle die Eizelle, da

47 *Max Weber*: Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen 1980, S. 363.

48 Zur Diskussion von IVF als „Wunder“ *S. Franklin*: Embodied Process (wie Anm. 6), S. 188 sowie *Stefan Beck, Sabine Hess, Michi Knecht*: Verwandtschaft neu ordnen. Herausforderungen der Reproduktionsmedizin und der Transnationalisierung. In: Verwandtschaft machen. Reproduktionstechnologien und Adoption in Deutschland und der Türkei. Berliner Blätter. Ethnographische und ethnologische Beiträge Heft 42 (2007), S. 12–31, hier S. 17–20.

49 Vgl. Anm. 22.

Erweiterte Fallstudien zu Verwandtschaft und Reproduktionstechnologien

ist es wenigstens ein bisschen natürlich. Aber bei der ICSI, das macht der Doktor – woher will der denn wissen, dass die Samenzelle in Ordnung ist? Ob die nicht, weil sie sich vielleicht gerade dreimal rechtsrum gedreht hat, einen Schaden hat oder so? Da hatte ich panische Angst vor, weil es halt widernatürlich ist, irgendwo.“

Im Natürlichkeits-Talk um ICSI klingen häufig auch klassisch evolutionstheoretische Vorstellungen von natürlicher Auslese und Vererbung an. Im Rückgriff auf das theoretische Arsenal der Biologie nutzen unserer Interviewpartnerinnen den Natürlichkeits-Talk, um ihre Entscheidungen für verschiedene Behandlungsverläufe oder Bewertungen von Reproduktionstechnologien sinnhaft zu legitimieren und damit zu normalisieren. „Natürlich“ steht in den von uns erhobenen Materialien nicht unbedingt für ein Minimum technologischer Intervention, sondern ist ein als mächtig angesehenes Konzept, mit dem repromedizinische Interventionen an individuellen Wertesystemen gemessen und ganz unterschiedliche Überlegungen getätigt werden können. So kommt beispielsweise unsere Interviewpartnerin Andrea Schneider im Zweitinterview in einem eher allgemein gehaltenen Gespräch über Reproduktionstechnologien in Deutschland zu der Einschätzung, es sei doch eigentlich „unnatürlich“ Embryos vor der Implantation in die Gebärmutter *nicht* zu selektieren (etwa durch PID oder andere Verfahren), da doch die Gebärmutter selbst in der Natur *auch* selektiere (Berlin, 04/2007).

Syn-Praxie, postnatal

Um längerfristige Normalisierungspraktiken untersuchen zu können, weiten wir die ethnografische Beobachtung über die Phase der unmittelbaren Nutzung der Reproduktionsmedizin aus und untersuchen im familiären Alltag (1.) Wissenspolitiken wie etwa das Reden oder Schweigen über die Umstände der Zeugung und deren Verortung in reproduktiven Biografien; wir beobachten (2.) Rituale und Performanzen der Selbstrepräsentation etwa am Beispiel des Umgangs mit Familienphotos; sowie (3.) Wissenspraktiken und Diskurse des Teilens und Mitteilens in Selbsthilfegruppen oder „concerned groups“⁵⁰. In jedem dieser drei Felder wird deutlich, dass die Arbeit an der Einbettung und Veralltäglichung „technologisch-assistierter Verwandtschaftsverhältnisse“ nie als „fertig“ oder „abgeschlossen“ betrachtet werden kann. Denn immer wieder ergeben sich in den Familienbiografien neue Problemstellungen und (Deutungs-)Krisen, die Veränderungen und Anpassungen von Narrativen, Praktiken und Deutungsmustern erfordern.

(1.) Familiäre Wissenspolitiken betreffen vor allem die Frage, wie reproduktionsmedizinische Interventionen in der Zeit nach der Behandlung thematisiert oder dethematisiert werden, wie Transparenz hergestellt oder ob Diskretion gewählt

50 Zu diesem Begriff *Michel Callon, Vololona Rabeharisoa: The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life. Lessons from the French Association of Neuromuscular Disease Patients. In: Science, Technology and Human Values 33 (2008) 2, S. 230–261.*

wird – gegenüber den eigenen Kindern, gegenüber Freunden und Verwandten und in unterschiedlichen Öffentlichkeiten. Wie können die gewählten Formen der assistierten Reproduktion dem eigenen sozialen Umfeld erklärt werden? Welche Taktiken der Geheimhaltung in Bezug auf spezifische Teile der eigenen Reproduktionsgeschichte sind vielleicht angeraten? In Antwort auf diese Fragen entwickeln Familien, Paare und Verwandtschaftsnetzwerke interaktiv Praktiken familiärer Selbstrepräsentation, die wir hier aufgrund ihrer nicht-individuellen, kollaborativen Dimensionen mit dem Begriff der „Syn-Praxis“ bezeichnen.

Auf der Grundlage unserer Forschungen lässt sich – mit aller gebotenen Vorsicht – eine erste Tendenz feststellen: Was vor einigen Jahren noch verschwiegen wurde, darüber lässt sich nun zunehmend reden. Feststellbar ist eine Entwicklung, statt auf Geheimhaltung oder Camouflage eher auf Transparenz und Offenheit nicht nur im Umgang mit IVF und ICSI, sondern auch hinsichtlich donogener, Ei- oder Samenzellen Dritter involvierender Zeugungsformen zu setzen.⁵¹ Die Gründe für diesen Wandel sind vielfältig, sie reichen von den Erfahrungen und institutionellen Veränderungen, die sich in den letzten fünf Jahrzehnten im Bereich der Fremdadoption vollzogen haben und von denen der reproduktionstechnologische Sektor informell lernt, über die demonstrative Offenheit von gleichgeschlechtlichen Paaren und Regenbogenfamilien über ihre Familienbildungspraktiken bis hin zu veränderten Rechtsnormen in europäischen Nachbarländern. Das betrifft vor allem Neuregelungen der Anonymisierung beziehungsweise neuerdings einer zunehmenden Befristung und Einschränkung von Anonymisierung bei Samenspenden. Im Fall von transnationalen Adoptionsfamilien mit Kindern unterschiedlicher Hautfarbe oder auffallend unterschiedlichen Aussehens oder in gleichgeschlechtlichen Familien ist vollständige Offenheit über alle Schritte des Familien-Werdens in der Regel Programm, weil die sichtbaren Besonderheiten dieser Familien ohnehin ständig erklärt werden müssen. Heterosexuelle IVF- und ICSI-Familien erleben mehr Spielräume in der Gestaltung ihrer Wissenspolitiken, insofern sie Offenheit praktizieren können, aber nicht müssen.

Manche Familien entwickeln explizite Formen des „Wissensmanagements“, andere eher implizite Skripte und Logiken, viele beides nebeneinander. Frau Lunder, deren IVF-Zwillinge bereits Jugendliche sind, hat den beiden nichts über ihre extrakorporale Entstehung erzählt. Sie meint, das interessiere doch niemanden, auch die Kinder selbst nicht, und es sei auch nicht nötig, „es sei denn, die Beiden lernen später einmal Leute kennen, die auch irgendwelche Schwierigkeiten haben. Dann kann man es ihnen erklären, dass es Wege und Möglichkeiten gibt.“ Auch Frau Baumann misst dem Thema keine übermäßige Bedeutung zu; sie geht jedoch kon-

51 Erste Daten zu diesem Trend im Bereich von Samenspenden finden sich in *Petra Thorn, Thomas Katzorke, Ken Daniels: Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes*. In: *Human Reproduction* 23 (2008) 11, S. 2415–2420.

trär damit um und erzählt bereits ihrem noch kleinen Sohn von seiner technisch assistierten Empfängnis:

„Mein Vierjähriger fragte neulich: ‚War ich in Deinem Bauch?‘ Ich sagte: ‚Ja‘, und dann kam die Frage: ‚Wie bin ich da reingekommen?‘ Ich sagte: ‚Der Professor hat dich mit einer Spritze reingspritzt.‘ Dann war er zufrieden und wollte nicht mehr wissen.“

Der zeitliche Abstand zwischen den beiden IVF-Behandlungen, von denen hier die Rede ist, beträgt zehn Jahre. Hannah Sommerfeld und Felix Manteuffel schließlich haben mit ihren beiden Söhnen, der Kleinere adoptiert, der drei Jahre Ältere per ICSI gezeugt, von Beginn an immer offen gesprochen. Der Vergleich von Adoption und ICSI, von sozialen oder durch Geburt hergestellten Gemeinsamkeiten und Unterschieden, von differenten Konstellationen der Einflussnahme am Lebensbeginn der beiden Kinder begleitet das Familienleben permanent. Diese Familie kann wie ein kleines, intimes Labor erscheinen, in dem die Grundlagen und Ideale, Entscheidungsmöglichkeiten und Zwänge von Verwandtschaft in der Gegenwart in besonderer Offenheit besprochen werden.

Wie Kinderbücher als Hilfsmittel innerfamiliärer Wissenspolitiken eingesetzt werden, erforscht Maren Klotz in ihrem Dissertationsprojekt.⁵² Besonders in Familien, die nach donogen assistierter Reproduktion (also unter Hinzuziehung einer Eizellspenderin oder eines Samenspenders) oder als gleichgeschlechtliche Partner in einer „Regenbogenfamilie“ nicht den biologischen wie strukturellen Merkmalen der traditionellen Kleinfamilie entsprechen, werden Kinderbücher genutzt. Ermutigt von der aktuellen Ratgeberliteratur, versuchen Eltern, ihren Kindern in einer kindgerechten Sprache und mit kindgemäßen Bildern eine Form von „Grundvertrauen“ und „Grundwissen“ über ihre Zeugungsgeschichte mit auf den Weg zu geben. Marc Schneider, Vater eines vierjährigen, mit anonymem Spendersamen gezeugten Sohnes, möchte, „dass sich da im Gehirn Wortkombinationen ablegen, die später dann mal dafür sorgen, dass er sagt, ‚ich habe das schon immer gewusst‘. Als er ein Jahr alt war, habe ich angefangen, ihm das zu erzählen und kurz danach haben wir das Buch von Petra Thorn gelesen.“ (Bonn, 09/2009)

Das erwähnte „Buch von Petra Thorn“ ist das erste deutschsprachige Kinderbuch über Samenspende, verfasst durch eine Familientherapeutin und Expertin für donogene Insemination. Auf dem anglo-amerikanischen Markt existieren zahlreiche ähnliche Bücher für Kinder nach Keimzellspende, Embryonenadoption oder Leihmutterchaft. Typischerweise wird dieses spezifische Genre der Aufklärungsliteratur in kleinen Auflagen im Eigen- oder Kleinstverlag oder als *print-on-demand*-Arrangement von Betroffenen, Betroffenen-Organisationen oder Experten verlegt und zumeist über das Internet vertrieben. Marc Schneider hat nach eigener Aussage „so ziemlich alles an Kinderbüchern weltweit zu diesem Thema zusam-

52 Siehe hierzu *Maren Klotz: Verwandtschaft wissen. Regulatives und familiäres „Wissens-Management“ im Bereich assistierter Reproduktion.* In: *Michael Simon* u. a. (Hrsg.): *Bilder, Bücher, Bytes. Zur Medialität des Alltags.* Münster 2007, S. 128–136.

mengekauft“. Er und seine Frau Nadine argumentieren, dass die Bücher eine wichtige Rolle in der Aufklärung der Öffentlichkeit spielen – sei es, dass andere Kinder zu Besuch kommen und sich die entsprechenden Bücher ganz selbstverständlich aus dem Regal pflücken, sei es, dass sie die Bücher in Kindergarten und Schule an Interessierte weitergeben.

(2) Auch Rituale und Performanzen familiärer Selbstrepräsentationen nach Inanspruchnahme von Reproduktionstechnologien lassen sich erst in einer längerfristigen Forschungsperspektive beobachten – bei Familienfesten, der Anmeldung des Kindes in der Kita oder bei den jährlichen Treffen, die viele IVF-Kliniken in der Türkei für ihre ehemaligen Patientinnen und Patienten und deren Nachwuchs organisieren. Eine besondere Form familiärer Selbstrepräsentation stellt der Umgang mit Familienfotografien dar – als Wandschmuck, auf Grußkarten und in Familienalben, über die die meisten unserer Gesprächspartner verfügen. Das „erste Bild“ des Kindes zeigt häufig in schwarz-weiß eine oder mehrere durch ein Stereo-Mikroskop aufgenommene Eizellen, die – gerade befruchtet – zur Reimplantation in den Uterus ausgewählt wurden. Solche Blastozysten-Bilder sind noch vor der ersten Ultraschall-Aufnahme im Album eingeklebt. Viele Familien bewahren auch Bilder der Menschen auf, die in ihren Zeugungsprozess involviert waren (und halten auch nach der Geburt der Kinder zu ihnen Kontakt): Es finden sich Fotos von Ärztinnen oder Ärzten, psychologischen Beratern, in einem Fall Bilder der amerikanischen Leihmutter und ihrer Familie. Die „ontologisch erweiterte Choreographie“⁵³ der Empfängnis setzt sich über solche Darstellungen und über Mikro-Rituale des Umgangs mit Fotos im Alltag fest. In ihnen wird, zumindest partiell, auch das *agencement* der Reproduktionsmedizin repräsentiert, werden Erinnerungen an die technologischen (Labor, Stickstofftank) und bürokratischen Dimensionen (Kopien von Klinikverträgen, Reisetickets, Geburtsurkunden) der Zeugung aufbewahrt und in die Performativität von Verwandtschaft aufgenommen.⁵⁴ Durch die Darstellung in konventionellen, tradierten Genres und Formen werden die außergewöhnlichen Aspekte reproduktionstechnologisch assistierten In-die-Welt-Kommens nicht nur erinnert, sondern mit den Biografien „normaler“ Familien vergleichbar gemacht – und ihnen angeglichen.

(3) Syn-Praxien bilden auch Selbsthilfegruppen ungewollt Kinderloser aus, die via Internet und face-to-face, dichte Kommunikationsforen für den Austausch zwischen Betroffenen sowie zwischen Betroffenen, Experten und Pharmaindustrie bereitstellen. Sie gehören zu den neuartigen sozialen Formationen, die den reproduktionsmedizinischen Raum mit konstituieren. Ihre regulativen, sozialen, wissensproduzierenden wie -popularisierenden Funktionen in den sich restrukturierenden Gesundheitssektoren Europas sind jedoch noch wenig erforscht. Nurhak Polat untersucht im Rahmen ihrer Dissertation die Rolle solcher Gruppen in der Kons-

53 Diese Begrifflichkeit geht auf *C. Thompson: Making Parents* (wie Anm. 8) zurück.

54 Vgl. *S. Beck, S. Hess, M. Knecht: Verwandtschaft neu ordnen* (wie Anm. 48).

traktion/Produktion von Bildern, Geschichten und Fakten über männliche und weibliche Unfruchtbarkeit und wie dieses Wissens zur Veränderung von Konzepten von Verwandtschaftlichkeit beiträgt. Ihr Beispiel ist die türkische Selbsthilfeorganisation *Çocuk İstiyorum Dayanışma Derneği* (ÇİDER)⁵⁵, die zu den ersten zivilgesellschaftlichen NGOs im sich rasant restrukturierenden Gesundheitssektor der Türkei gehört. ÇİDER besteht seit dem Jahr 2000 mit Hauptsitz in Istanbul und zählt gegenwärtig landesweit etwa 30.000 Webnutzer und 4.000 registrierte Vereinsmitglieder. Sie agiert als Aufklärungsakteur, als Lobbyorganisation, als Netzwerk und als sich allmählich professionalisierender Verband. Es wäre bei weitem zu einfach, die Funktion von ÇİDER als Wissenstransfer zu beschreiben. Denn ÇİDER vermittelt nicht nur Expertenwissen an Nutzerinnen und Nutzer; die Gruppe organisiert auch den Erfahrungsaustausch *zwischen* Nutzerinnen, bei dem eigenständige Formen von Wissen über Behandlungsabläufe, Komplikationen, Daten (wie Menstruationszyklen, Hormonspiegelung, Hormonwerte, Prozeduren und Resultate von Eizellentnahme, Embryonen) ausgetauscht, systematisiert und erzeugt werden.⁵⁶ Vormalis oder aktuell Betroffene werden im Kontext dieser Patientenorganisation zu Expertinnen, die andere Ratsuchende mit Orientierungswissen versorgen. Damit tragen sie auf einer individuellen wie gesellschaftlichen Ebene dazu bei, dass sich die medizinische und kulturelle Praxis der Reproduktionstechnologien, ihre Bedeutungen, Anwendung und Nutzung, als legitime „Technologie des Selbst“ durchsetzt⁵⁷ und in den Alltag, in Selbstbilder und Lebensplanungen integriert werden kann. Auch diese Aufgabe der „Veralltäglichung“ der Reproduktionsmedizin geht über die unmittelbare Behandlung und zeitlich weit über die eigentliche Behandlungsphase hinaus:

Schluss

Bislang ist trotz der seit zwei Jahrzehnten intensiv ethnografierten Nutzung reproduktionsmedizinischer Behandlungsoptionen weitgehend ungeklärt, wie Betroffene, jenseits der als Ausnahme empfundenen Situation der eigentlichen Behandlung, mittelfristig Selbstdeutungen, Körper- oder Verwandtschaftskonzepte verändern. Noch weniger ist erforscht, wie Betroffene vor dem Hintergrund einer bedeutenden normativen Pluralisierung in Bezug auf Verwandtschaft, Geschlechterrollen und Familienkonzepte sowie einer bioethisch „entspannteren“ Diskussion zu etlichen genetischen und reproduktionstechnologischen Verfahren solche Eingriffe in ihren Alltag und ihre (Familien-)Biografien „einbauen“. Das in diesem Beitrag ausschnitthaft vorgestellte ethnografische Material erlaubt erste Einblicke

55 ÇİDER bedeutet auf Deutsch „Solidaritätsverein ‚Ich möchte ein Kind‘“.

56 Vgl. hierzu ausführlich *Nurbak Polat: Concerned Groups in the Field of Reproductive Technologies: A Turkish Case Study*. In: *M. Knecht, M. Klotz, S. Beck* (Hrsg.): *Reproductive Technologies as Global Form* (wie Anm. 44)

57 Vgl. *Michel Foucault: Histoire de la sexualité*. Paris 1976.

in Prozesse der allmählichen Umdeutung und reflexiven Neuordnung von Verwandtschaftspraktiken. Vor allem der methodische Ansatz einer Kombination von *extended case method*, mehrortiger Forschungspraxis und vergleichender Perspektive ermöglicht es, längerfristige Praktiken in den Blick zu nehmen, die wir hier – tentativ – als *Normalisierungspraktiken* gefasst haben.

Solche Normalisierungspraktiken lassen sich in den von uns erhobenen Familiennarrativen, -repräsentationen und Wissenspolitiken ebenso nachweisen wie im „Selbstverständlich-Werden“ eines medizinischen Blicks auf den eigenen Körper, der die Qualität reproduktiver Funktionen an quantitativen Parametern zu messen gelernt hat. Mittels solcher diskursiven Praktiken wird auch die Grenze zwischen „Natürlichem“ und „Künstlichem“ neu verhandelt – mit dem gelegentlich paradox erscheinenden Ergebnis, dass etwa „natürliche Zeugung“ neu verzaubert werden kann. Aber auch materielle Praktiken spielen eine zentrale Rolle, etwa in Form einer Trivialisierung reproduktionsmedizinischer „Dinge“ – Hormonspritzen, minutiös von Paaren geführte Eisprungkalender –, die einerseits aufwendig, andererseits entproblematisierend in Alltagsvollzüge integriert werden. Normalisierung wird in diesen Vignetten als materiell-diskursive, hochgradig reflexive Praxis analysierbar, die unter anderem auf medizinisches Wissen, bioethische Debatten, normativen Wandel, Grenzverschiebungen zwischen Natur und Kultur oder neue Bedeutungszuweisungen für „biologische Verwandtschaft“ reagieren muss. Normalisierung, so lässt sich prägnant fassen, ist ein stets prekärer, un abgeschlossener Prozess, der Achtsamkeit und Arbeit fordert⁵⁸ – Arbeit am Selbst, am Selbstbild, an Beziehungen, am Verwandtschaftswissen oder etwa in Bezug auf die „soziale und biologische Identität“ der Kinder.

Dabei endet Normalisierungsarbeit nicht im familiären Binnenraum, sondern es formieren sich im Umgang mit Reproduktionstechnologien neue „biosoziale“ Kollektive oder Beziehungsformen⁵⁹, wie Patientengruppen oder Konstellationen von Adoptiv- und ICSI-Geschwistern. Da Wissen über biologisch-genetische Abstammung in euroamerikanischen Verwandtschaftsvorstellungen konstitutiv für verwandtschaftliche Beziehungen ist⁶⁰, kommt der Frage der Überwindung der

58 Vgl. zum Begriff der Achtsamkeit / care *Jörg Niewöhner*: The Practice of the Physician's Understanding. Analysing Different Forms of Tinkering with Overweight and Obesity. In: *Tanja Bogusz, Estrid Sorensen* (Hrsg.): *Naturalismus | Konstruktivismus: Zur Produktivität einer Dichotomie*. Berlin 2011, im Druck; zu Normalisierung als un abgeschlossener Prozess *Katrin Amelang* u. a.: *Learning to eat strawberries in a disciplined way. Normalization practices following organ transplantation*. Berlin 2010, unveröff. Manuskript.

59 Vgl. *Sabra Gibbon, Carlos Novas*: Introduction: Biosocialities, genetics, and the social sciences. In: *Dies.*: *Biosocialities, genetics, and the social sciences. Making biologies and identities*. New York 2008, S. 1–18.

60 *Marilyn Strathern*: *Kinship, Law and the Unexpected. Relatives are Always a Surprise*. Cambridge u. a. 2005, S. 46, S. 69–70; *Janet Carsten*: *Constitutive Knowledge. Tracing Trajectories of Information in New Contexts of Relatedness*. In: *Anthropology Quarterly* 80 (2007), 2, S. 403–426.

Anonymitätsregelungen für Samen- oder Eizellspenden eine zentrale Bedeutung zu – spätestens hier reichen Normalisierungsansprüche von Betroffenen bis in den politischen Raum.

Um einen klareren Begriff von den Normalisierungsprozessen zu erhalten, in die sich solche Praktiken einspeisen und die sie konstituieren, müssen die unterschiedlichen Felder, die wir hier aufgefächert haben, in ihren differenten Zeitlichkeiten systematisch und langfristiger aufeinander bezogen werden. Mittel- oder langfristige Normalisierung umfasst über die Veralltäglichung von Reproduktionstechnologien hinaus auch eine Veränderung der Normalität von Verwandtschaft selbst.⁶¹ Drei solcher Veränderungstendenzen haben wir angedeutet: eine generelle Zunahme von Begründungsnotwendigkeiten des Verwandtschaft-Machens, eine wachsende Verpflichtung auf Transparenz über biogenetische Herkunft und eine zunehmend plurale Orientierung von Verwandtschaftsvorstellungen an neuen Konzepten „natürlicher Reproduktion“ und unterschiedlichen Idealvorstellungen von Familie genauso wie an medizinischem Wissen.

61 Vgl. *Michi Knecht*: Vom Stammbaum zum Gebüsch? Reproduktionstechnologische Implikationen für genealogische Praktiken der Gegenwart. In: *Irene Berkel* (Hrsg.): *Nähe, Verbot, Ordnung. Genealogie im Umbruch*. Gießen 2011, im Druck.