

Stigma „unerfüllter Kinderwunsch“?

Situation und Handlungsstrategien von Paaren in reproduktionsmedizinischer Behandlung

Charlotte Ullrich

Beitrag zur Veranstaltung »Stigmatisierung als Thema in der Gesundheitsforschung« der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie

Einleitung

Nach der klassischen Definition von Erving Goffman lässt sich Stigma oder Stigmatisierung als ein Phänomen beschreiben, durch das Einzelne mit einer bestimmten Eigenschaft aufgrund dieser Eigenschaft durch die Gesellschaft nachhaltig diskreditiert werden. Genauer beschreibt Goffman Stigmatisierung als: „[T]he phenomenon whereby an individual with an attribute is deeply discredited by his/her society and is rejected as a result of the attribute. Stigma is a process by which the reaction of others spoils normal identity“ (Goffman 1963: 3).

Stigmata sind gekennzeichnet durch einen Generalisierungseffekt: Den Stigmatisierten werden (weitere) negative Eigenschaften zugeschrieben, die von dem ursächlichen Merkmal eigentlich unabhängig sind. Die Dominanz des Stigmas führt zu einer selektiven Wahrnehmung, die wiederum die Handlungsspielräume der so Stigmatisierten beschneiden, die Identität beschädigen. Mit Goffman lassen sich weiter zwei Gruppen von Stigmatisierten unterscheiden: *die Diskreditierten*, denen bereits ein Stigma zugeschrieben worden ist sowie *die Diskreditierbaren*, die potenziell stigmatisiert werden können und sich hiervoor schützen wollen. Beide Gruppen entwickeln verschiedene Techniken des Umgangs mit ihrem Stigma, auch mit dem Ziel, dieses zu verbergen bzw. die Zugehörigkeit zum Bereich des Normalen zu erhalten. Für die diskreditierbare Person stellt sich dabei zentral und fortwährend ein Problem der Abwägung:

„Das entscheidende Problem ist es [so Goffman, für die Diskreditierbaren] nicht, mit der Spannung, die während sozialer Kontakte erzeugt wird, fertig zu werden, sondern eher dies, die Information über ihren Fehler zu steuern. Eröffnen oder nicht eröffnen; sagen oder nicht sagen; lügen oder nicht lügen; und in jedem Fall, wem, wie, wann und wo“ (Goffman 1975: 56).

Welche Techniken und welche Formen dieses Informations-Managements Paare in reproduktionsmedizinischer Behandlung anwenden, darauf werde ich im Folgenden eingehen.

Normalität der Reproduktionsmedizin?

Rund 40 Jahre nach der Geburt des ersten Kindes nach einer Befruchtung im Reagenzglas oder auch IVF (In-Vitro-Fertilisation) ist die Reproduktionsmedizin zu einem Standardverfahren geworden. Es wird geschätzt, dass weltweit ungefähr fünf Millionen Menschen nach künstlicher Befruchtung geboren wurden. 1982 in Deutschland eingeführt, hat sich auch die Anzahl der IVF-Behandlungszyklen auch hier vervielfacht: Waren es Mitte der 1980er Jahre noch unter 5.000-Zyklen im Jahr, sind es gegenwärtig um die 85.000, die in bundesweit 130 Zentren durchgeführt werden (vgl. DIR Jahresberichte). Auf diese Verbreitung machen auch die Reproduktionsmediziner/innen regelmäßig aufmerksam, so wird im aktuellen Deutschen IVF-Register (DIR 2014) zum Beispiel zusammengefasst:

„Bis 2014 wurden in Deutschland nach dem Einsatz von IVF und ICSI insgesamt 225.625 Kinder geboren [...] Über 2,5% aller lebendgeborenen Kinder im Jahre 2013 waren das Resultat einer Befruchtung außerhalb des Körpers. Das heißt: In einer durchschnittlichen Schulklasse mit 30 Kindern sitzt ein Kind, welches nach ‚künstlicher Befruchtung‘ entstanden ist“ (DIR 2014: 10).

Auch wenn zu bezweifeln ist, dass die 2013 geborenen IVF-Kinder alle bereits mit drei Jahren eingeschult wurden, verweisen diese Zahlen zum einen, wenn nicht auf eine Normalität, so doch auf eine konsolidierte Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren in Deutschland hin. Die Darstellung der IVF als eine Variante des Weges zum eigenen Kind in populären Formaten wie der Doku-soap „Wunschkind, das Traum vom Babyglück“ (RTL 2) oder Aufklärungsbücher für Kindern weist in eine ähnliche Richtung. Zum anderen wird hier der durchaus erfolgreich durchgesetzte Anspruch der Medizin deutlich, den unerfüllten Kinderwunsch als legitimen Bereich medizinischer Zuständigkeit zu definieren. Aus der Perspektive der Paare jedoch erscheint die ungewollte Kinderlosigkeit keineswegs (nur) als „normale“ Erkrankung. Bei meinen folgenden Ausführungen stütze ich mich auf Interviews mit zehn Patientinnen und vier Ärzt/innen, Aufnahmen von zehn Erstberatungsgesprächen mit Paaren sowie weiteren Beobachtungen der Behandlungspraxis über sechs Wochen, die ich im Rahmen einer qualitativen Fallstudie 2005 in einer reproduktionsmedizinischen Klinik eines deutschen Universitätskrankenhauses durchgeführt habe (vgl. Ullrich 2012a).

Stigma-Management als Handlungsstrategie?

Eine reproduktionsmedizinische Behandlung geht für Paare nicht nur mit körperlichen Belastungen sondern – um Begrifflichkeiten der Krankheitsverlaufskurvenforschung aufzugreifen – auch mit Alltags- und Beziehungsarbeit einher. Sie stellt logistische, aber auch soziale Herausforderungen an die Lebenswelt. Hierbei wird für die Paare auch virulent, wie offen sie mit der Tatsache umgehen, dass sie in Kinderwunschbehandlung sind und ob und welche Techniken des – mit Goffman – „Täuschens und Kuvrierens (Überspielens/Spannung mindern)“ sie anwenden. Hierbei lassen sich drei Arenen unterscheiden: der Arbeitsplatz, das engere soziale Umfeld mit Freund/innen und Familie sowie der jeweilige Partner bzw. die Partnerin und andere mitbetroffene „Weisen“.

Dabei sieht man weder den Kinderwunsch, noch seine Unerfülltheit noch die medizinische Behandlung den Paaren an. Letztere macht sich indirekt und uneindeutig vor allem durch die körperliche und psychische Belastung sowie die hohen zeitliche Anforderungen bemerkbar. Obwohl die Kinderwunschtherapie als Paarbehandlung verstanden wird, treffen beide Aspekte vor allem Frauen, die

während eines IVF-Zyklus in einem Zeitraum von etwa 25 Tagen für Hormonstimulationen, operative Follikelentnahmen und Embryonentransfer mehrmals wöchentlich Termine in der Klinik haben.

Am Arbeitsplatz

Der Großteil der Frauen und Männer, die im Beobachtungszeitraum meiner Untersuchung in der Klinik vorstellig waren, waren (Vollzeit-) berufstätig. So gut wie alle halten die Kinderwunschbehandlung am Arbeitsplatz geheim. Hierfür verfolgen sie unterschiedliche Strategien. Während das Erstberatungsgespräch und die Follikelentnahme von den meisten Paaren als Sondertermine gesehen werden, für die sie sich einen oder einen halben Tag frei nehmen, sind die Termine während der Diagnose und Stimulation mit mehr Koordinierungsarbeit für die Frauen verbunden.

Einige Frauen stimmen ihre Urlaubsplanung auf die Behandlung ab; Lehrerinnen legen die Behandlung in die Schulferien. Der Fall von Frau Kaiser ist ein Beispiel dafür, dass die Unsicherheit in der Planbarkeit der Behandlung kombiniert mit dem Wunsch nach Geheimhaltung dazu führt, dass sie gleich eine ganze Woche frei genommen hat:

[...] man wusste ja noch nicht, ist es [der Embryonentransfer, C.U.] am Mittwoch oder Donnerstag. Oder am Dienstag. [...] Weil das ja auch was ist, wo ich nicht erzähle, dass ich so was mache. Es hätte sich ja jeder gewundert, warum lässt sie sich jetzt eintragen, dass sie keine Termine will, und dann ist sie doch da, und plötzlich ist sie wieder weg [lacht] (P10R: 124).

Eine eher wenig genutzte Täuschungsstrategie ist, sich mit einer allgemeinen Begründung krank schreiben zu lassen, die keine Rückschlüsse auf eine Unfruchtbarkeitsbehandlung zulässt. Eine weitere Handlungsstrategie, die vor allem während der Hormonstimulation, angewandt wird, ist die sogenannte „Frühsprechstunde“ noch vor Arbeitsbeginn wahrzunehmen.

Die Täuschung am Arbeitsplatz geht für die Patientinnen nicht nur mit Aufwand einher, sondern viele belastet diese auch. So führt Frau Goch aus:

Da ich Gleitzeit habe, geht das eigentlich. Nur immer diese Lügen halt [lacht]. [...] Das nervt mich schon. Und auch, wenn es dann bei der Punktion ist, wenn man dann zwei Tage daheim bleiben muss, das erste Mal habe ich, glaube ich, mir frei genommen. Beim zweiten Mal ging das dann nicht so kurzfristig. Dann musste ich auch irgendetwas lügen. Das mag ich dann nicht (P7R: 210).

Auch Frau Falk beschreibt, in ähnlicher Weise, dass vor allem die wenig planbaren Termine der Behandlung dazu führen, dass sie ihre Kolleginnen und Kollegen täuscht:

Das Hauptproblem ist, dass das so eine geheime Sache ist. Die wenigsten Frauen rennen rum und erzählen, sei es im Betrieb, in einer Abteilung oder bei mir im Kollegium, „He Leute, IVF steht an!“ [lacht]. Das macht man einfach nicht. Vor allem, wenn man eine komische Chefin hat [lacht]. Da fängt man an zu lügen. Fehlzeiten hat man, und die muss man irgendwie entweder anmelden oder nicht anmelden. Und am Morgen so tun, als hätte man morgens die Grippe an der Backe. Da fühlt man sich scheiße (P6R: 180).

Diese Schuldgefühle sind typisch für die Geheimhaltung unsichtbarer Stigmata, da – so Goffman – „intime Beziehungen zu anderen, [...] in unserer Gesellschaft durch gegenseitige Bekenntnisse unsichtbarer Mängel ratifiziert werden, [...] [die Stigmatisierbaren] entweder dazu zwingen, dem Vertrauten seine Situation zu gestehen, oder sich schuldig zu fühlen, weil es dies nicht tut“ (Goffman 1975: 95).

Die Gründe für die Täuschung am Arbeitsplatz werden von den Frauen in der Regel nicht expliziert, vielmehr wird die Antizipation einer Stigmatisierung als nicht begründungsbedürftig vorausgesetzt. Nur in einem Erstberatungsgespräch wird von der Patientin die Furcht vor einer möglichen Benachteiligung am Arbeitsplatz erwähnt, so ihr Arbeitgeber von der Behandlung und somit von der Möglichkeit einer baldigen Schwangerschaft erfährt.

Insgesamt erscheint das Täuschen am Arbeitsplatz als notwendige Handlungsweise. Dies mindert jedoch nicht den eigenen Anspruch, Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu vermeiden und, wenn sie dennoch eintreten, gegenüber den Kolleginnen und Kollegen plausibel zu begründen.

Das engere soziale Umfeld

Auch im engeren Freundes- und Familienkreis geht keines der Paare offensiv mit der Behandlung um, sie unterscheiden zwischen einer kleinen Gruppe von Vertrauten, denen sie von der Kinderwunschbehandlung erzählen, und einer sehr viel größeren Gruppe, vor der sie diese bewusst geheim halten. Wer „eingeweiht“ wird ist für alle eine wichtige, zum Teil auch kontroverse Frage. Frau Adam expliziert besonders deutlich, dass Nichtbetroffene häufig wenig Verständnis für die Belastungen der Kinderwunschbehandlung aufbringen:

Mit Familie eigentlich weniger. Die verstehen es nicht. Und ich denke, jemand, [...], der nicht in der Situation drin ist, dem fällt es schwer, das zu verstehen. [...] Den Kinderwunsch schon, aber dann kommen solche Sprüche wie, „Das ja gleich machen lassen“, „Ach, stell' dich doch nicht so an“. (P1R: 164).

Zugleich gibt es aber Reaktionen, die die Sinnhaftigkeit der Inanspruchnahme grundsätzlich in Zweifel ziehen. Frau Jansen etwa beschreibt dies als einen Grund, zukünftige Behandlungen vor ihrer Schwester geheim zu halten:

Meine Schwester war beim letzten Mal auch ein Störfaktor, weil sie mir nämlich permanent versucht hat zu erklären, dass ich das doch eigentlich sowieso vergessen kann. Weil sie natürlich auch schlechte Beispiele in ihrer Umgebung hatte [...] Leute, die, was weiß ich, 15 [Embryonentransfers, C.U.] haben und die sich dann doch ein Haus gekauft haben. Wie gesagt, ich habe mindestens zwei Beispiele positiver Art. Aber ich habe mich dann auch irgendwie unheimlich geärgert (P9R: 80-82).

In diesen Reaktionen wird deutlich, dass die Kinderwunschbehandlung keineswegs selbstverständlich als normaler, vernünftiger, legitimer medizinischer Eingriff gesehen wird. Die Erwartungen chargieren vielmehr zwischen den Polen einer Verpflichtung zur Inanspruchnahme der Behandlung (wie schon Talcot Parsons 1958 sie als Erwartungen an die Krankenrolle generell beschreibt) und einem weitgehend aussichtslosen Unterfangen.

Im Kleinen wie im Größeren schränkt die Geheimhaltung das soziale Leben ein: Eine Interviewte berichtet davon, wie sie zu einem Sommerfest die Hormonspritzen in einer Kühltasche mitnahm, um sich diese zum richtigen Zeitpunkt unbemerkt auf der Toilette zu injizieren (P8R, Hoffmann). Frau Kaiser wiederum war es wichtig auch zu verheimlichen, dass sie und ihr Partner geheiratet haben, weil dies eine notwendige Voraussetzung für die IVF-Behandlung ist. Das Ehepaar Kaiser ist außerdem ein Beispiel dafür, dass die Grenzziehung zwischen Eingeweihten und Nichteingeweihten mit Konflikten verbunden ist:

Und ich denke, mein Freund, mein Mann [lacht], hat es seiner Schwester erzählt, da hatten wir mal einen größeren Streit darüber. Weil er die Klappe nicht halten konnte. Überhaupt, dass ich hier in Behandlung bin. Jetzt nicht, dass wir das jetzt machen. [...] Er würde eher gerne mal mit jemandem darüber reden, ich nicht (P10R: 138).

Einige Frauen erwähnen in den Interviews, dass sie über den Kinderwunsch mit einem breiteren Kreis an Personen bzw. genauer: in diesem Sinne ebenfalls betroffenen Frauen sprechen als über ihre Infertilität und die reproduktionsmedizinische Behandlung. Beispielhaft wird dies im Interview mit Frau Falk deutlich:

[V]on den Freundinnen haben die meisten aus irgendwelchen Gründen auch noch keine Kinder, und da kann man schon über das Thema super reden. Also, soll man oder nicht, und wenn, warum, und was gibt es, wenn es nicht klappt. Aber ganz konkret habe ich das nur mit meinem Partner besprochen. [...] Aber ich habe niemanden, also es ist geheim, dass ich das über IVF versuche. Das möchte ich auch ..., vielleicht hinterher irgendwann, aber das ist schon Stress genug, ohne dass ich auch noch die Blicke ertragen muss und die Fragen (P6R: 24).

Während Zweifel und Ambivalenzen gegenüber dem eigenen Kinderwunsch hier als ein Teil der sozialen Normalität erscheinen und in diesen hypothetischen Überlegungen auch Alternativen zur natürlichen Zeugung thematisiert werden können, trennt Frau Falk dies stark von ihrer eigenen Behandlung. Die IVF-Therapie erscheint in diesem Fall nicht so sehr als soziale Abweichung per se, sondern eher mit einer Phase besonderer Belastungen und einer tendenziellen Zuschreibung eines Opferstatus verbunden.

In Frau Dorschs (P4R) Beschreibung schließlich wird deutlich, wie der Umgang mit der Notwendigkeit des Täuschens auch für „sekundäre Gewinne“ (Goffman) genutzt werden kann. Mit einer Partnerin betreibt sie seit vielen Jahren selbständig ein Geschäft und erläutert:

Wenn man eng zusammen arbeitet und tagtäglich zusammen ist, da hat man Tage, da geht es einem schlecht. Und dann kann man das ja auch nicht überspielen. Das soll man auch nicht. Das ist auch, finde ich, auch wichtig zu wissen, man hat so ein intaktes Umfeld, das einfach auch da ist. Und das war jetzt, zumindest bei uns, ein ganz kleiner enger Freundeskreis. Also zwei, drei Leute (P4R: 40).

Die Behandlung wird hier als Prüfstein für die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz und im engeren Freundeskreis gesehen. Das Bestehen der Belastungsprobe wird als Gewinn und Bestätigung der Güte der Beziehungen gedeutet.

Andere Betroffene? Weise?

Unterstützung erwarten können Stigmatisierte und Stigmatisierbare nach Goffman von sogenannten „Weisen“: die sind zum einen Personen, die mit der Lebenswelt der Stigmatisierten so verbunden sind, dass sie „gezwungen sind, einen Teil der Diskreditierung der stigmatisierten Person zu teilen“ (Goffman 1975: 40) und zum anderen Personen, deren Weisheit in Arbeit in einer entsprechenden Einrichtung bzw. in ihrer professionellen Zuständigkeit begründet liegt: häufig Ärztinnen und Ärzte.

Ärztinnen und Ärzte nehmen im Fall des „unerfüllten Kinderwunsches“ – durchaus auch in professionellem Interesse – die Rolle ein, diesen als „normalen Gegenstand“ medizinischer Behandlung darzustellen und tragen so in diesem Sinne zumindest für die Behandlungssituation zu einer Destigmatisierung bei. Sie behandeln die Paare so, als ob sie kein Stigma hätten (sondern eine „normale“, behandelbare Krankheit). Zugleich ist eine offene Informationsweitergabe Voraussetzung für das Gelingen einer Behandlung.

Nur wenige Frauen in meiner Untersuchung – über die Männer kann ich nur indirekte Aussage machen – suchen den direkten Austausch mit anderen Betroffenen, einige nutzten sporadisch Internetforen, keine hat sich an eine Selbsthilfegruppe gewandt. Der eigene verheimlichende Umgang führt dazu, dass die Begegnung mit anderen Betroffenen meist von Zufällen abhängig ist. Dann jedoch werden

diese – etwa mit der Arbeitskollegin, die ebenfalls in Behandlung ist oder in der Fraueryogagruppe – durchaus zum Austausch genutzt und für hilfreich empfunden.

Während die sozialen Beziehungen gegenüber anderen von Geheimhaltungen geprägt sind, setzt die Kinderwunschbehandlung eine weitgehende Offenheit über die eigenen reproduktiven Fähigkeiten (und dem Kinderwunsch) dem oder der Partner/in gegenüber voraus. Was vorher unsichtbar war, wird (erst) durch die Behandlung als Mangel erkennbar. Partner/innen sind – zumindest aus medizinischer Sicht – nicht nur füreinander „Weise“, sondern Ko-Stigmatisierte, sie sind gemeinsam „ungewollt kinderlos“. Gleichzeitig erfolgt der Großteil der medizinischen Behandlung über den Frauenkörper. Diese gemeinsame und dann doch unterschiedliche Betroffenheit wird von vielen Paaren als eine durchaus existenzielle Belastungsprobe für ihre Beziehung gesehen, auf der einen Seite das mögliche Scheitern, auf der anderen Seite aber auch eine mögliche Stärkung steht. Wie schon bei den Beziehungen zu anderen Personen im Familien- und Freundeskreis lassen sich Momente der Goffman'schen sekundären Gewinne von Stigmatisierung ausmachen. Dabei wird sowohl die Entscheidung für die Kinderwunschbehandlung, aber mehr noch die ersten Behandlungszyklen selbst als krisenhaft und dann als nochmalige Entscheidung für eine gemeinsame Zukunft (mit oder ohne Kinder) beschrieben. Die selbstgewählte Geheimhaltung unterstreicht den Charakter des „gemeinsamen Projekts“ – in den Interviews wird die Behandlung etwa als „gemeinsames Erlebnis“ (P5R) und etwas beschrieben, was die Paare „noch mal mehr zusammen geschweißt“ (P1R. 158) hat. Für Frau Baum ist die Kinderwunschtherapie eine Gelegenheit der bewussten Auseinandersetzung mit ihrem Partner, sie sagt:

Also, ich finde, das ist richtig schön. Also intensiv, wenn man dann sagt, „He, was machen wir?“. Ja, man spricht auch über viele Sachen jetzt, gerade jetzt, wo es nicht klappen sollte. Was hat man für Chancen, wie weit gehen wir [eigentlich] (P2R: 228).

Und nun?

„Eröffnen oder nicht eröffnen; sagen oder nicht sagen: lügen oder nicht lügen“ – sind zentrale – zum Teil durchaus konflikthafte – Abwägungen von Paaren in Kinderwunschbehandlung im Umgang mit Personen in ihrer Arbeits- und Lebenswelt. Die angewandten Täuschungstechniken, der Umgang mit „Weisen“ sowie die „sekundäre Gewinne“ lassen sich als Momente eines Stigma-Managements im Goffman'schen Sinne beschreiben. Dabei sind die Kinderwunschaare eher als Diskreditierbare denn als Diskreditierte zu charakterisieren. Die Angst vor einer Stigmatisierung bleibt in den Interviews weitgehend diffus und wird vor allem indirekt durch die Informationskontrolle sichtbar. Durchgeführte Stigmatisierung in Form von tatsächlichen Ausschlüssen oder Diskriminierungserfahrungen sind für die Frauen weniger ein Thema.

Wenn man sich der Frage zuwendet, was nun dieses Stigma ausmacht – und das möchte ich nun abschließend tun – fällt die Charakterisierung weniger eindeutig aus und diese Uneindeutigkeit verweist – so meine ich – auf einige allgemeine Punkte für die Behandlung von Stigmatisierung als Thema der Gesundheitsforschung.

Relative Normalitäten: Normalität der Kleinfamilie

Paare sehen sich nicht nur einer gewissen Normalität des reproduktionsmedizinischen Angebots gegenüber, sondern auch einer – zumindest situativ empfunden – Normalität des Kinderbekommens

bzw. -bekommenkönnens. Obwohl Elternschaft – aufgrund von Verhütungsmitteln, der gestiegenen Erwerbstätigkeit von Frauen und insgesamt der Pluralisierung von Lebens- und Familienformen – keine unhinterfragte Selbstverständlichkeit mehr ist, ist sie dennoch ein wichtiger Orientierungspunkt. Nicht zuletzt die Diskussion um die (angeblich) „zu hohe“ Kinderlosigkeit von Akademikerinnen zeigt, dass hier normative Erwartungen und Bewertungen besonders Frauen treffen (etwa wenn/indem ihnen hedonistische Motive unterstellt werden). In einer Situation, die sich mit Elisabeth Beck-Gernsheim (2002: 13) als zwischen „Planungsangebot und Planungsfalle“ beschreiben lässt, tritt die Reproduktionsmedizin als individuelles Lösungsangebot auf den Plan. Mag diese bei einer Erfolgsquote um die 20 Prozent einzelne Frauen vom „Stigma Kinderlosigkeit“ befreien, trägt sie zugleich zur Stabilisierung eines bestimmten Bildes legitimer Elternschaft bei: nämlich Elternschaft in heterosexuellen, verheirateten Beziehungen von Paaren in einem bestimmten Alter mit leiblichem Kind. Zugleich ist der Kinderwunsch und seine Artikulation insbesondere für Frauen mit Ambivalenzen verbunden – etwa in Bezug auf ihr Arbeitsleben, ihre Karrieremöglichkeiten und ihre Unabhängigkeit (Ullrich 2012a, b).

Krank oder gesund: Grenzauflösungen

Für Krankenkassen und institutionalisierte Ärzteschaft ist der unerfüllte Kinderwunsch nur unter bestimmten Bedingungen legitimer Behandlungsgegenstand und hat einen – und dies ist der zweite Aspekt – unklaren Status zwischen Krankheit und Gesundheit. Die initiale Definitionsmacht liegt beim Paar – ohne Kinderwunsch kein Behandlungsanlass. Die medizinische Behandlung erfolgt (zunächst) ohne Krankheitsdefinition. Dieser unklare Status berührt nicht nur die Anbieterseite – wie sie sich etwa in der fünfzigprozentigen Kostenübernahmeregelung der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland ausdrückt – sondern auch Legitimität der und Verpflichtung zur Inanspruchnahme medizinischer Hilfe.

Symptome und Einschränkungen im engeren körperlichen Sinne gehen nicht mit dem unerfüllten Kinderwunsch, sondern erst mit der Behandlung einher. Mit der Verlegung der Behandlung in Frei- und Urlaubszeiten (die der Regeneration dienen sollen) verkehrt sich die – von Parsons prominent beschriebene – Idee der Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen für Kranke (wie sie etwa in der Praxis des Krankschreibens zum Ausdruck kommt). In der Kinderwunschbehandlung fühlen sich Patientinnen vielmehr nicht zuletzt aufgrund befürchteter Stigmatisierungen als dafür verantwortlich, dass die Behandlung sie nicht in der Ausübung ihrer normalen Verpflichtungen einschränkt.

Medizinische Behandlung und Lebenswelt

Aus Versorgungsperspektive lassen sich noch zwei letzte Punkte anführen: zum einen der Befund, dass die Organisation der Behandlung bzw. die Vereinbarung von Berufstätigkeit und Therapie für viele Frauen gerade unter der Maßgabe der Geheimhaltung eine große Belastung darstellt. Und zum anderen die Rolle der Partnerinnen und Partner: Die Kinderwunschbehandlung ist insofern ein Ausnahmefall für die Medizin als dass sie – als Problem oder Stigma – per definitionem keine Einzelperson, sondern das Paar gemeinsam betrifft. Jedoch zeigen etwa Ergebnisse in der Pflege, wie zentral die Berücksichtigung des familialen bzw. sozialen Kontextes für die Qualität der Versorgung ist.

Die Beispiele aus meinen Interviews illustrieren, dass die Organisation der Behandlung zum Teil eine stärkere Einschränkung des „normalen Lebens“ bedeuten kann als die medizinische Behandlung

selbst. In den Interviews und Beobachtungen vermischt sich häufig – und hiermit komme ich zum Schluss –, was die Frauen als diskreditierbar ansehen: ihren Kinderwunsch, ihre ungewollte Kinderlosigkeit und/oder die reproduktionsmedizinische Behandlung. Auch das Informations- und Stigma-Management kann sich – je nach Kontext – jeweils anders gewichtet auf diese Punkte beziehen. Nicht zuletzt diese Uneindeutigkeit verweist darauf, dass das Problem der Stigmatisierung der Kinderwunschbehandlung weniger durch eine Normalisierung (und weitere Etablierung) der Reproduktionsmedizin gelöst werden kann, als vielmehr durch Etablierung von guten Bedingungen (a) um Kinder zu bekommen und (b) mit Kindern in unterschiedlichen Kontexten und Intensitäten zusammen zu leben.

Literatur

- Beck-Gernsheim, E. 2002: Was kommt nach der Familie? Alternativen, Kontroversen, Perspektive. Europäische Notarentage Salzburg, April 2002. <http://notar08.connexcc-hosting.net/notar/uploads/waskommtnachderfamilieprofbeckgernsheim.pdf>
- DIR = Deutsches IVF Register: Jahresberichte 1991–2014. PDF-Dateien abrufbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de>.
- DIR 2014: Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2014. Modifizierter Nachdruck. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Jg. 2015, Heft 12, 6. <http://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dir-2014-d-1.pdf> (letzter Abruf 31.07.2017).
- Goffman, E. 1963: Stigma. Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster.
- Goffman, E. 1975: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp [1963].
- Parsons, T. 1958: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In R. König, René, M. Tönnemann (Hg.), Probleme der Medizinsoziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, 10–57.
- Ullrich, C. 2012a: Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis. Bielefeld: Transcript.
- Ullrich, C. 2012b: Der medikalisierte Weg zur Schwangerschaft? Die Entscheidung ungewollt kinderloser Paare für eine reproduktionsmedizinische Behandlung. In H.-G. Soeffner (Hg.), Transnationale Vergesellschaftungen. Verhandlungen des 35. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Frankfurt am Main 2010. Herausgegeben in deren Auftrag von Hans-Georg Soeffner. Wiesbaden: VS Verlag. CD-Rom.