Britt Hoffmann

Biographie und Reproduktionsmedizin

Eine qualitative Studie zum Umgang mit erfolgloser Kinderwunschbehandlung

Pabst

Dr. phil. Britt Hoffmann (Jg. 1976)

- 2001: Magistra artium (M.A.) für Soziologie, Psychologie und Erziehungswissenschaft an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
- 2002-2014: wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Arbeitsschwerpunkte: Biographieforschung, Medizinsoziologie, Versorgungsforschung,
- 2006-2008: Promotions- und Aufbaustudium „Qualitative Bildungs- und Sozialforschung“ an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,
- 2015-2016: soziale Arbeit in der Flüchtlingshilfe

Britt Hoffmann

Biographie und Reproduktionsmedizin

Eine qualitative Studie zum Umgang mit erfolgloser Kinderwunschbehandlung

Pabst Science Publishers · Lengerich

Kontakt:
Dr. phil. Britt Hoffmann
Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
Medizinische Fakultät
Otto-von-Guericke-Universität
Leipziger Str. 44
39120 Magdeburg
Britt.Hoffmann@mail.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.
Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2017 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Titelmotiv: © OFC Pictures - Fotolia.com

Printed in the EU by booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-95853-322-6
eBook: ISBN 978-3-95853-323-3 (www.ciando.com)

INHALT

INHALT 5

TABELLENVERZEICHNIS 9

1 BESONDERHEITEN DES MEDIZINISCHEN FELDES 11

1.1 Der umstrittene Krankheitswert ungewollter Kinderlosigkeit 14

1.2 Der unsichere Behandlungserfolg bei Wiederholungsmöglichkeit 17

2 FRAGESTELLUNG UND FORSCHUNGSTHEORETISCHE PERSPEKTIVEN 23

2.1 Fragestellung der Arbeit 23

2.2 Interaktionstheoretische Perspektive: Prozessstrukturen, Arbeitsbogen, biographische Arbeit 27

2.3 Familien- und paarsoziologische Perspektive: Lebens- und Partnerschaftsmodelle im sozialen Wandel 43

2.4 Körpersoziologische Perspektive: Körper und subjektive Krankheitstheorien 50

3 METHODISCHES DESIGN 59

3.1 Erkenntnisgewinn der Biographieanalyse 59

3.2 Sample und Feldzugang 62

3.3 Interviewablauf, Datenerhebung und Datenanalyse 67

3.4 Die Varianz der „Haltungen“ zur Reproduktionsmedizin als Kriterium der Fallauswahl 72

3.5 Aufbau der Fallportraits und des theoretischen Modells 73

4 FALLPORTRAITS 77

4.1 Fallportrait Angela Ehlert 77

4.1.1 Biographische Gesamtformung in Kurzform 78
4.1.2 Die biographischen Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung 80
4.1.3 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung der ungewollten Kinderlosigkeit und ihre soziale und biographische Einbettung 84
4.1.4 Der institutionelle und soziobiographische Prozess der Behandlungsbeendigung 103
4.1.5 Die Haltung zur Reproduktionsmedizin: Circulus vitiosus 114

4.2 Fallportrait Marianne Stein 117

4.2.1 Biographische Gesamtformung in Kurzform 117
4.2.2 Die biographischen Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung 119
4.2.3 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung der ungewollten Kinderlosigkeit und ihre soziale und biographische Einbettung 124
4.2.4 Der institutionelle und soziobiographische Prozess der Behandlungsbeendigung 138
4.2.5 Die Haltung zur Reproduktionsmedizin: Extremfokussierung 143

4.3 Fallportrait Evelyn Lange 146

4.3.1 Biographische Gesamtformung in Kurzform 146
4.3.2 Die biographischen Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung 148
4.3.3 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung der ungewollten Kinderlosigkeit und ihre soziale und biographische Einbettung 161
4.3.4 Der institutionelle und soziobiographische Prozess der Behandlungsbeendigung 179
4.3.5 Die Haltung zur Reproduktionsmedizin: unsicher-ambivalente Haltung 187

4.4 Fallportrait Carmen Richter 190

4.4.1 Biographische Gesamtformung in Kurzform 190
4.4.2 Die biographischen Voraussetzungen vor der reproduktionsmedizinischen Behandlung 192
4.4.3 Die medizinisch-institutionelle Prozessierung der ungewollten Kinderlosigkeit und ihre soziale und biographische Einbettung 200
4.4.4 Der institutionelle und soziobiographische Prozess der Behandlungsbeendigung 214
4.4.5 Die Haltung zur Reproduktionsmedizin: kritisch-ausbalancierte Haltung 218

5 DER UNTERSCHIEDLICHE UMGANG MIT DER REPRODUKTIONSMEDIZIN 221

5.1 Haltungen zum medizinischen Arbeitsbogen 221

5.1.1 Die Haltung des Circulus vitiosus 225
5.1.2 Die Haltung der Extremfokussierung 229
5.1.3 Die unsicher-ambivalente Haltung 233
5.1.4 Die kritisch-ausbalancierte Haltung 236

5.2 Die sozialen und biographischen Prozesse im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin 239

5.2.1 Biographische Orientierungen und Zeitstrukturen 239
5.2.2 Die (Neu-)Konzeptionierung der Paarbeziehung und weitere soziale Prozesse auf der Paarebene 261
5.2.3 Herausforderungen und Problematiken in der Arzt-Patienten-Beziehung 274
5.2.4 Umgang mit dem eigenen Körper und subjektive Krankheitstheorien 294
5.2.5 Soziale Beziehungen und soziale Diskurse 310
5.2.6 Die spezifischen Herausforderungen biographischer Arbeit nach erfolglos verlaufenen reproduktionsmedizinischen Behandlungen 321

6 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT 341

DANKSAGUNG 351

LITERATURVERZEICHNIS 353

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Merkmale der Interviewpartnerinnen 66
Tabelle 2: Transkriptionszeichen 69

1 BESONDERHEITEN DES MEDIZINISCHEN FELDES

Die Reproduktionsmedizin bietet jenen Paaren Hilfe an, die sich ein eigenes Kind wünschen, aber nicht bekommen. Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (mit den Methoden IVF, ICSI, Insemination) werden seit Mitte der 1980er Jahre[1] angeboten, also seit jenen Jahren, denen die Sozialwissenschaft den Beginn tiefgreifender und nachhaltiger gesellschaftlicher Umbrüche in Form vom Pluralisierungen und Individualisierungen der Lebensverläufe und Lebensstile attestiert (siehe Kap. 2.2). Der insbesondere in den 1950er bis 1960er Jahren dominierende frühe biographische Übergang von der Paarbeziehung zur monogamen und lebenslangen Ehe mit Familiengründung, als Ausdruck der überragenden Favorisierung des Lebensmodells der bürgerlichen Kleinfamilie, verlor seither zunehmend sowohl empirisch als auch normativ an Bedeutung (Lenz 2009). Die medizinisch-technischen Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft treffen auf einen gesellschaftlichen Kontext, in dem sich selbstverständliche Verknüpfungen von Frausein und Mutterschaft sowie Paarsein und Elternschaft seit nunmehr ungefähr dreißig bis vierzig Jahren voneinander loslösen. Scheinbar reakzentuieren IVF-Techniken in Zeiten massiver Pluralisierung von Lebens- und Familienformen die Bedeutung der bürgerlichen Kernfamilie in Form der Ehebeziehung und gleichzeitigen Elternschaft für ein biologisch eigenes und gemeinsames Kind.[2]

Der Etablierung von Maßnahmen künstlicher Befruchtung gingen sowohl die Einführung der Antibabypille als auch die Reform des § 218 StGB im Jahr 1975 voraus, die den Kinderwunsch für Paare verschiebbar und planbar machten und die Möglichkeit schufen, trotz gelebter Sexualität auf eine Familiengründung zu verzichten. Anders als die Reform des Abtreibungsparagraphen wurde die Reproduktionsmedizin von den deutschen Feministinnen in der 1980er Jahren nicht als Zugewinn an weibli-

---

[1] Auch vor der Einführung der medizinisch-technischen Innovationen der Reproduktionsmedizin akzeptierten Paare die ungewollte Kinderlosigkeit meist nicht tatenlos. So stellt beispielsweise Labouvie (1998, 36 ff.) für die frühe Neuzeit dar, wie Unfruchtbarkeit gemäß der christlichen Glaubenslehre als Strafe Gottes für Verletzungen göttlicher Verbote oder die Ausübung magischer Praktiken oder als Wirken dämonischer Kräfte gedeutet wurde. Die Autorin wertet Quellen aus, die Maßnahmen wie Wallfahrten, Bittgänge, Gelübde und Opferrituale steriler Paare zur Erfüllung ihres Kinderwunsches dokumentieren. Dargestellt werden auch besondere Fruchtbarkeitsrituale, die sich um heilkräftige Quellen ausbildeten oder das Aufsuchen von Frauen, sog. „Brauchnerinnen", die den Betroffenen mit Sprüchen, Kräutern und anderen Zugaben „den bösen Geist" aus dem Körper auszutreiben versuchten.

[2] Gleichzeitig eröffnet die extrakorporale Verfügbarkeit von Gameten im Labor neue Alternativen der Familiengründung, zum Beispiel durch die Verwendung von Fremdsamen eines Spenders für alleinstehende Frauen, lesbische Frauen oder für Paare, bei denen der Mann nicht zeugungsfähig ist. In dieser Arbeit werden nur heterosexuelle Paare betrachtet, die sich ein biologisch gemeinsames Kind wünschen und künstliche Befruchtungen in Anspruch nehmen.

cher Selbstbestimmung über die Gebärfähigkeit gedeutet. Befürchtet wurde vielmehr die Zementierung alter Mutterschaftsideale und traditioneller Frauenleitbilder durch Angebote der künstlichen Befruchtung. Ingrid Strobl, eine der frühen feministischen Kritikerinnen und Aktivistinnen, brachte diese Befürchtung auf den Punkt indem sie schrieb:

> „Weil sie sich ohne ein eigenes Kind nicht vollwertig fühlen, laufen Frauen heute in die Labors der In-vitro-Befruchter und preisen die Segnungen dieser Wissenschaft. Die alte Ideologie feiert Hochzeit mit dem technischen Fortschritt, das ist alles.“ (Strobl 1989, 33)

Im Gegensatz zur deutschen Ablehnung der Biotechnologien argumentierten Feministinnen in angelsächsischen Ländern teilweise zustimmend und betonten die der Biotechnologie innewohnenden Potenziale zum Abbau von Geschlechtsstereotypen sowie liberale Werte wie „Fortpflanzungsfreiheit“, „persönliche Entscheidungsfreiheit“ und das „Recht auf Selbstbestimmung“ in der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin (zur innerfeministischen Debatte ausführlich (Hofmann 1999; 2003).

Die Praxis der In-vitro-Fertilisation hat sich bei aller anfänglichen Kritik der deutschen Frauenbewegung und weiterer diffiziler sozialwissenschaftlicher Bewertung (Graumann und Schneider 2003, 10 f.) durchgesetzt und wird von vielen Frauen und Paaren in Anspruch genommen. In den derzeit zirka 120 Behandlungszentren in Deutschland werden Methoden der künstlichen Befruchtung (wie Insemination, In-vitro-Fertilisation, ICSI-Behandlung, Kryotransfer-Behandlung) angeboten, die zahlreichen Paaren zu einem genetisch eigenen Kind verhelfen, wenn die biologische Reproduktion auf natürlichem Wege fraglich bis aussichtslos erscheint.[3] Das interventive Handeln der helfenden Profession Reproduktionsmedizin ist auf die Verminderung von Leid gerichtet. Leid ist hier so definiert, dass Paare sich an der Realisierung ihrer biographischen Orientierung auf ein Leben mit genetisch eigenen Kindern aufgrund von Fruchtbarkeitsstörungen gehindert sehen. Medizinischer Erfolg wird in der Reproduktionsmedizin zunächst über den Eintritt einer Schwangerschaft definiert. Die deutschen Reproduktionsmediziner weisen als Ausdruck von Erfolg Schwangerschaftsraten von 29,9 Prozent bzw. 28,5 Prozent pro Zyklus nach IVF bzw. ICSI aus, die sich dem Niveau gesunder Paare (ca. 27 Prozent bis 39 Prozent) annähern (Deutsches IVF Register [DIR] 2008, 6). Erfolgsorientiertes medizinisches Tun ist zudem bemüht, technikimmanente Folgerisiken zu vermeiden: So richten sich die professionellen Anstrengungen darauf, das immer noch erhöhte Mehrlingsrisiko zu reduzieren. Dies entsteht, weil in den Behandlungszyklen oft mehr als ein Embryo eingesetzt wird. Jedoch

[3] Trotz der Etablierung der Reproduktionsmedizin in Ausrichtung auf die bürgerliche Kernfamilie hat sich zugleich ein Gestaltungsspielraum für „soziale Experimente“ (Kettner 2001, 42) aufgetan. Techniken der Samenspende, Eizellspende, Leihmutterschaft lassen soziale Familienformen ohne genetische Verwandtschaft (planvoll) entstehen. Kettner bezeichnet dieses Gestaltungsfeld als „Individualisierung der Fortpflanzung“ (2001, 43), in der die Komponenten der Elternschaft frei wählbar und neu kulturell normierbar werden. Andererseits entstehen im Zuge der Inanspruchnahme der Techniken aber auch Verwandtschaftsdefinitionen ohne gewachsene soziale und emotionale Beziehungen. Auf der Internetseite der „Spenderkinder“ (www.spenderkinder.de) dokumentiert sich dies eindrucksvoll bei der Forderung der Kinder, ihre biologischen Väter kennenlernen zu wollen, und bei ihrer Suche nach den biologischen Halbgeschwistern. Paare, die diese Techniken in Anspruch nehmen, wurden in dieser Arbeit (aber) nicht untersucht.

sind die Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind bei Mehrlingsschwangerschaften erhöht. Gegenüber rund 1 Prozent Mehrlingsgeburten nach natürlicher Schwangerschaft (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007, 31) kamen nach künstlicher Befruchtung im Jahr 2011 bei rund 23 Prozent aller Geburten nach IVF und bei rund 21 Prozent der Geburten nach ICSI die Kinder als Zwillinge oder Drillinge zur Welt (Deutsches IVF Register [DIR] 2012, 18).Weiterhin sind Fehlbildungen der Kinder, insbesondere nach ICSI-Behandlung, problematisiert worden.[4] Reproduktionsmediziner versuchen, technikimmanente medizinische Folgerisiken bei den behandelten Frauen – wie beispielsweise das Überstimulationssyndrom[5] – möglichst gering zu halten. Die IVF-Behandlungszentren sind durch die Bundesärzteschaft zur Teilnahme am Deutschen IVF-Register (DIR) verpflichtet. Als Maßnahme der Qualitätssicherung werden hier die Schwangerschafts- und Geburtsraten und medizinische Komplikationen dieses medizinischen Fachgebietes seit 1982 erfasst. In den jeweiligen Jahresberichten werden sämtliche Behandlungen prospektiv dokumentiert und über die Internetseite des DIR der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Hier erfährt man auch, dass in Deutschland im Zeitraum von 1997–2012 insgesamt 155 815 Kinder infolge assistierter Reproduktion lebend zur Welt gekommen sind (Deutsches IVF Register [DIR] 2013, 30).

Man kann die Reproduktionsmedizin als eine Maßnahme anerkennen, vielen Paaren mit Fertilitätsstörung zu einem eigenen Kind zu verhelfen, welches sie sonst nicht hätten. Den betroffenen Paaren begegnen die Angebote der Reproduktionsmedizin mit den im Folgenden dargestellten Merkmalen.

---

[4] Eine umfangreiche multizentrische, prospektive, kontrollierte ICSI-Follow-up-Studie, die zu einem Drittel von den teilnehmenden IVF-Zentren selbst finanziert wurde, kam zu einem leicht erhöhten Fehlbildungsrisiko gegenüber spontan konzipierten Schwangerschaften (Ludwig und Katalinic 2005). Dies wurde nicht mit der Technikanwendung, sondern mit dem erhöhten medizinischen Risikoprofil der Patientinnen erklärt.

[5] Das sog. Überstimulationssyndrom (ovarielles Hyperstimulationssyndrom) kann durch die hormonelle Stimulation der Eierstöcke ausgelöst werden und führt ja nach Schweregrad zur leichten Störung des Wohlbefindens bis hin zu einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild.

1.1 DER UMSTRITTENE KRANKHEITSWERT UNGEWOLLTER KINDERLOSIGKEIT

Der Krankheitswert der Indikation, nämlich die ungewollte Kinderlosigkeit, wird kontrovers diskutiert und ist nicht einstimmig anerkannt. Ist Kinderlosigkeit oder vielmehr das durch Kinderlosigkeit verursachte Leid eine Krankheit? Oder ist die Kinderwunschbehandlung eher eine Behandlung von Wünschen, die man haben kann oder nicht? Entsprechend fallen bei künstlichen Befruchtungen die ungewöhnlichen Begrenzungen der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) auf, die dem Sozialgesetzbuch (SGB V) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unterliegen. Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 mit Wirkung zum 01.01. 2004 werden nur bei maximal drei Behandlungsversuchen 50 Prozent der Kosten von den Krankenkassen übernommen. Weiterhin gelten Altersgrenzen. Frauen müssen zwischen 25 und 40 Jahren und Männer zwischen 25 und 50 Jahren alt sein. Zudem müssen für eine Kostenübernahme die Partner miteinander verheiratet sein. Weitere Einzelheiten sind in den Richtlinien über künstliche Befruchtungen des Gemeinsamen Bundesausschusses – dem höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen – festgelegt.[6] Rauprich (2008) ist dieser ungewöhnlichen Leistungsbegrenzung der GKV nachgegangen und führt aus, dass schon im Jahr 1988 mit der Einführung des Sozialgesetzbuches V künstliche Befruchtungen eine Sonderstellung hatten. Damals wurden sie sogar aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen auf der Grundlage des § 27 SGB V explizit mit der Begründung ausgeschlossen, sie würden nicht im Aufgabenbereich der GKV liegen. Dieser Leistungsausschluss wurde zwar im Jahr 1990 revidiert, dabei wurden aber klare Leistungsbegrenzungen eingeführt: Seither gelten lediglich „Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- und Empfängnisfähigkeit“ – wie die operative Öffnung verschlossener Eileiter, Hormonbehandlungen oder Psychotherapien – als normale Krankenbehandlungen nach § 27 Abs. 1 SGB V und werden vollständig erstattet. Künstliche Befruchtungen dagegen werden gemäß einer Spezialregelung nach § 27 a SGB V separat behandelt. Als „medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ gelten sie nicht als reguläre Krankenbehandlungen im Sinne des Sozialgesetzbuches.[7] Sie heilen nicht die Infertilität, sondern ersetzen eine gestörte Körperfunktion. In dieser Spezialregelung ist die Leistungspflicht der gesetzlichen

---

[6] Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) i. d. F. vom 14. August 1990, zuletzt geändert am 16.11. 2010, in Kraft getreten am 02.12. 2010, abrufbar unter http://www.g-ba.de/downloads/62-492-494/KB-RL_2010-09-16.pdf (zuletzt abgerufen am 01.03. 2017).

[7] Rauprich (2008, 36) zieht hierzu ein Urteil des Bundessozialgerichts heran, wo es heißt: „Denn obwohl § 27 a Abs. 1 SGB V die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft rechtstechnisch den Leistungen der Krankenbehandlung zuordnet, handelt es sich nicht um Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne. Das Gesetz knüpft die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht an einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand ihres Mitglieds, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaares und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung.“ (BSG, Urteile v. 03.04. 2001, Az. B 1 KR 22/00 R und Az. B 1 KR 40/00 R.).

Krankenkassen nicht an einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand des Versicherungsmitglieds im Sinne einer Krankheit gebunden, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaares (Rauprich 2008, 36). In der ursprünglichen Fassung des § 27 a SGB V wurden die Krankenkassen zur Übernahme von 100 Prozent der Behandlungskosten bei bis zu vier Behandlungen bei verheirateten Paaren im homologen System (d. h. die Befruchtung von Ei- und Samenzellen von Ehepaaren und nicht von Spendern) verpflichtet. Rauprich (2008, 36) argumentiert, dass die Einstufung von künstlichen Befruchtungen als Maßnahmen zur Erfüllung eines Kinderwunsches statt als Maßnahmen zur Behandlung von Krankheit erheblich die Rechtfertigung von Leistungsbegrenzungen vereinfache. Denn würden die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im SGB V als Krankenbehandlungen eingestuft werden, müssten sie im regulären Fall von den Kassen voll erstattet werden. Zwar seien Leistungskürzungen in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung durchaus möglich (wie z. B. beim Zahnersatz, Sehhilfen), müssten dann aber aufwendig und sachgerecht begründet werden. Wenn Maßnahmen von vornherein anderen Zwecken als der Krankheitsbehandlung dienen, können sie im Leistungskatalog der GKV prinzipiell anders geregelt werden. Die Sonderstellung der künstlichen Befruchtung in der GKV und ihre Behandlung als Sozialleistung und nicht als Krankenbehandlung ist höchstrichterlich mit dem eingeschränkten Krankheitswert der ungewollten Kinderlosigkeit legitimiert worden. So lägen laut Bundesverfassungsgericht[8] künstliche Befruchtungen „in einem Grenzbereich zwischen Krankheit und solchen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen eines Menschen, deren Beseitigung oder Besserung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht von vornherein veranlasst ist“. In der PKV gilt anders als in der GKV die organisch bedingte Infertilität als Krankheit und die künstliche Befruchtung als adäquate und voll erstattungsfähige Heilbehandlung. Es gibt auch keine direkten Begrenzungen nach Alter.[9] Aufgrund des Status der Krankenbehandlung gibt es auch kein Ehegattenerfordernis, welches unverheiratete Personen in der Gesundheitsversorgung benachteiligen würde (Rauprich 2008, 36 f.). Kann allerdings keine organische Ursache für die Reproduktionsstörung festgestellt werden (sog. idiopathische Sterilität), besteht auch kein Nachweis einer Krankheit und somit keine Leistungspflicht der PKV.

Auch die gesellschaftliche Debatte um den Krankheitswert von ungewollter Kinderlosigkeit zeigt ein ambivalentes Meinungsbild. In einer am Zentrum für Konfliktforschung der Universität Marburg durchgeführten qualitativen Studie (Krones 2008; Krones et al. 2006) bewerten Experten (Humangenetiker, Ethiker, Hebammen, Pädiater und Gynäkologen/Reproduktionsmediziner) den Kinderwunsch nicht einstimmig als „natürlich, biologisch“. Der Kinderwunsch sei auch „sozial konstruiert“, „paternalistisch mitgeprägt“, manchmal habe er sogar „pathologische Züge“. Als die Arbeitsgruppe die breite Heterogenität der Expertenmeinungen in einen standardisierten Fragebogen überführte (Krones et al. 2006, 55), wurde deutlich, dass nahezu die

---

8 Bundesverfassungsgericht, Urteil v. 28.02. 2007, Az. 1 BvL 5/03. Siehe auch Rauprich 2008, 39.

9 Es gibt allerdings indirekte Altersgrenzen. So hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil v. 21.09. 2005, Az. IV ZR 113/04 entschieden, die Leistungspflicht der privaten Versicherer auf Paare zu begrenzen, deren Chance auf die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nicht unter 15 % liegt, was bei Frauen ungefähr im Alter von 40 Jahren erreicht ist. Siehe auch Rauprich 2008, 38.

Hälfte der Expertengruppen – mit Ausnahme der Gynäkologen/ Reproduktionsmediziner – die ungewollte Kinderlosigkeit als nicht grundsätzlich behandlungsbedürftige Funktionsstörung betrachten, die aber im Einzelfall Leiden verursachen kann. Vorwiegend die Gynäkologen/ Reproduktionsmediziner (42,1 %) sahen in der ungewollten Kinderlosigkeit eine Funktionsstörung, die einer behandlungsbedürftigen Krankheit gleichgesetzt werden muss; die anderen befragten Expertengruppen unterstützten diese Aussage nur zu rund 10 Prozent. 16,9 Prozent der Ethiker und Hebammen sahen in der ungewollten Kinderlosigkeit eher noch einen Lebensumstand, mit dem sich die Betroffenen im Normalfall arrangieren sollten (zum Vergleich: Gynäkologen/Reproduktionsmediziner nur 1,4 Prozent). Als legitimen Wunsch, der jedoch weitgehend von den Ehepartnern selbst finanziert werden sollte, begriffen insbesondere Pädiater (61,0 Prozent) und auch Humangenetiker (39,6 Prozent) und Ethiker (30,4 Prozent) das Recht auf Fortpflanzung. Sogar die von Unfruchtbarkeit betroffenen Paare stimmten nicht einheitlich für die vollständige Übernahme der Behandlungskosten aus öffentlichen Mitteln (ebd. 56). In einer Umfrage von Rauprich et al. (2011a, 64) stimmten 37 Prozent der befragten Betroffenen der Aussage zu, dass es grundsätzlich angemessen sei, die Patienten an den Behandlungskosten zu beteiligen. Bei der Frage nach der Höhe der Eigenbeteiligung fanden die Betroffenen jedoch einen geringeren Eigenanteil als von ihnen derzeit gesetzlich abverlangt noch angemessen, nämlich nur rund 15 Prozent anstatt der geforderten 50 Prozent der Gesamtkosten. Die besonderen Voraussetzungen und Begrenzungen der Kassenleistungen wurden in der Politik und von Betroffenen immer wieder kontrovers diskutiert. Die Bundesländer Sachsen und Sachsen-Anhalt sind schon seit 2009 und 2010 dazu übergegangen, den Betroffenen einen Behandlungszuschuss aus Steuergeldern zu gewähren. Hier hat man also zu einem Modell der geteilten Finanzierung zwischen Krankenkassen, Steuerzahlern und Betroffenen gefunden. Zum 1. April 2012 hat die Bundesregierung die „Richtlinie des BMFSFJ über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“ in Kraft gesetzt, wonach der Bund die Kosten des ersten bis vierten Behandlungszyklus nach Art der In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) in Höhe von bis zu 25 Prozent des den Paaren nach Abrechnung mit der Krankenversicherung verbleibenden Eigenanteils übernimmt. Diese Bundesförderung wird nur gewährt, wenn sich die jeweiligen Bundesländer mit einem eigenen Anteil in mindestens der gleichen Höhe wie der Bund beteiligen. Derzeit beteiligen sich sechs Bundesländer an diesem Finanzierungsmodell. Dennoch spiegelt auch dieses Modell die unentschiedene öffentliche Meinung zum Krankheitswert ungewollter Kinderlosigkeit wider. Bund und Land finanzieren keine Krankenbehandlung, das läge schließlich im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen. Sie gleichen vielmehr begrenzte finanzielle Mittel der Paare aus, leisten also einen Beitrag zum Abbau sozialer Ungleichheit im Zugang zur Behandlung.

Insgesamt scheint also die Behandlung der Kinderlosigkeit mittels der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung leistungsrechtlich und in der gesellschaftlichen Debatte von weniger Notwendigkeit umgeben zu sein als medizinische Therapien konventioneller Erkrankungen. Kinderlosigkeit erzeugt nicht per se Leiden, schließlich gibt es durchaus die gewollte Kinderlosigkeit als Lebenskonzept. Es gibt dagegen wohl kaum die gewollte Erblindung oder den gewollten Diabetes – es ist also das Wol-

len oder Nicht-Wollen, was die Indikation zur Reproduktionsmedizin bestimmt, nicht die Krankheit per se. Zudem gibt es verwandte Lebenskonzepte wie das der sozialen Elternschaft durch die Adoption eines Kindes. Dem konventionellen Lebensmodell der Einheit von biologischer und sozialer Elternschaft steht nicht das Leben ohne Kind als Abweichung von der Normalität gegenüber. Vor dem Hintergrund alternativer Lebensorientierungen mit steigender Akzeptanz wird man anders als bei der Behandlung anderer Krankheiten zumindest nicht zwingend mit einer Verschlechterung des Krankheitsbildes rechnen müssen, wenn man die Behandlung nicht in Anspruch nimmt oder abbricht. Auch in der Debatte darum, was als Behandlungserfolg in der Kinderwunschbehandlung definiert werden soll, zeigt sich die abgestufte Notwendigkeit der Therapie. So sollte sich nach Michelmann und Himmel (2005, 609) der Erfolg in der Reproduktionsmedizin nicht allein in der Geburtenrate, sondern auch in der Lebensqualität kinderloser Paare zeigen. Hölzle et al. (2000, 205) empfehlen eher die psychotherapeutische Behandlung depressiver Verstimmungen als die Erfüllung des Kinderwunsches mit allen technischen und medizinischen Mitteln, um Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden im Sinne der WHO-Definition wiederherzustellen. Nach Kettner (2001, 35) wurden besonders in der Reproduktionsmedizin die Begriffe Krankheit und Therapie aufgeweicht. Die Medizin würde hier immer häufiger als „medicine du désir“ betrachtet werden, also als eine wunscherfüllende anstatt Krankheiten behandelnde Medizin. Es stellt sich also stärker als bei konventionellen Krankheiten die Sinnfrage an die medizinische Behandlung.

1.2 DER UNSICHERE BEHANDLUNGSERFOLG BEI WIEDERHOLUNGSMÖGLICHKEIT

Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind unsichere Techniken, die nur bei wenigen Paaren zum Erfolg führen. Die sogenannte „Baby-take-home-Rate“, also die Wahrscheinlichkeit der Geburt eines Kindes nach Durchführung einer IVF- oder ICSI-Behandlung beträgt circa 20,6 Prozent (Deutsches IVF Register [DIR] 2015, 16), in Verbindung mit kryokonservierten Eizellen[10] 14,9 Prozent (ebd.). Künstliche Befruchtungen sind aber grundsätzlich bis zum Eintritt der Menopause oder Auftreten medizinischer Kontraindikationen wiederholbar. Bei Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin müssen sich die Paare also in der Mehrheit der Fälle mit einem Behandlungsmisserfolg auseinandersetzen und dann überlegen, ob sie einen neuen Behandlungsversuch unternehmen. Es werden kumulative Geburtenraten von bis zu 60 Prozent nach dem sechsten oder siebten Behandlungsversuch dokumentiert (u. a. Witsenburg et al. 2005).

Aus dieser Kombination der mäßigen Erfolgsquote und der Wiederholungsmöglichkeit der Behandlung hat die feministische Frauenforschung schon frühzeitig

[10] Kryokonservierung bedeutet die Verwendung von Eizellen, die einer Frau in vorangegangenen IVF-Behandlungszyklen entnommen und im Vorkernstadium der Befruchtung, also vor Verschmelzung der Zellkerne, für weitere Behandlungsversuche eingefroren wurden. Diese Option bietet sich an, wenn mehr Eizellen gewonnen werden als innerhalb eines Behandlungszyklus der Frau nach Befruchtung im Labor wieder eingesetzt werden.

Kritik abgeleitet: Katz-Rothmann stellt in Frage, ob Reproduktionstechnologien tatsächlich für Frauen neue Wahlmöglichkeiten eröffnen und die Autonomie über ihr reproduktives Potenzial erweitern:

> „Ist dadurch, dass Unfruchtbarkeit nicht mehr als unvermeidbar gilt, sondern als <freie Entscheidung> [Hervorh. im Orig.], tatsächlich ihre Entscheidungsfreiheit und Kontrollmöglichkeit vergrößert worden?“ (1985, 28 f.)

Es entstehe, so Katz-Rothmann, die Schwierigkeit, die Behandlungsbeendigung oder gar die Nichtinanspruchnahme künstlicher Befruchtungen zu legitimieren und sich damit der potenziellen Selbstverschuldung der bleibenden Kinderlosigkeit zu stellen (ebd. 28 f.). Der Preis seien die Einnahme „gefährlich experimenteller Medikamente“ (ebd. 28), operative Eingriffe, „zwanghaftes Temperaturmessen“ (ebd. 28) und „verquälter Sex“ (ebd. 28). Nach Eva Fleischer (1989, 82) widerspräche die Inanspruchnahme der IVF-Behandlung zwar zunächst erstmal nicht der Parole der Frauenbewegung: „Ob Kinder oder keine, entscheiden wir alleine“. So gesehen seien Verhütung und IVF-Behandlung zwei Seiten derselben Medaille. Doch sei der vermeintliche Zugewinn an Selbstbestimmung ein „Pyrrhussieg“ (ebd. 82), so Fleischer: Einmal in der IVF-Behandlung verliere die Frau an Selbstbestimmung und Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit. Durch die perfekt erscheinenden medizinischen Möglichkeiten der Reproduktionstechnologie sei ein Abfinden mit der Kinderlosigkeit zunehmend schwierig, denn es könnte ja sein, dass gerade vor dem entscheidenden Versuch die Behandlung aufgegeben wird. Auch Beck-Gernsheim schreibt in diesem Sinne:

> „Wo Unfruchtbarkeit früher vorgegebenes Schicksal war, wird sie heute in gewissem Sinn zur ‚selbstgewählten Entscheidung‘. Denn diejenigen, die aufgeben, bevor sie nicht noch die neueste und allerneuste Methode versucht haben (ein Kreislauf ohne Ende), sind nun ‚selber schuld‘. Sie hätte es ja noch weiter versuchen können.“ (Beck-Gernsheim 1987, 283)

Auf der Grundlage ihrer empirischen Untersuchung betonen Fränznick und Wieners (2001), dass die Wiederholbarkeit der Behandlungen zu einer Falle des Automatismus führe: dem Zwang, alles zu versuchen, verbunden mit einen Kontrollverlust gegenüber der Dynamik des medizinischen Kreislaufs. Zu den sozialen Mechanismen, die diese Falle konstellieren, gehören, so die Autorinnen, das allgemeine Vertrauen in die medizintechnische Machbarkeit, die Erfolgsmeldungen in der Presse, die Selbstverständlichkeit der Behandlungsroutine im medizinischen Alltag verbunden mit der zeitlichen Enge für ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräche, außerdem der Erwartungsdruck in Richtung einer Behandlung, der aus dem sozialen Umfeld hervorgeht, und die Notwendigkeit aufwendiger Legitimierung bei Behandlungsaustritt. Nach Sorg und Fränznick (2002) entstehe ein Behandlungssog durch die bleibende Hoffnung, man könne jeden neuen Behandlungsversuch positiv beeinflussen. Der Kreislauf von Behandlung, Hoffen, Enttäuschung und neuer Hoffnung beim nächsten Behandlungsversuch verhindere die innere Auseinandersetzung mit der bleibenden ungewollten Kinderlosigkeit. Grundsätzlich „alle [Frauen], die sich in eine sogenannte Kinderwunschbehandlung begeben, können in einen solchen Automatismus von Behandlungen geraten“ (Sorg und Fränznick 2002, 90).

Unklar bleibt in beiden Arbeiten, welche eigenen Ressourcen Frauen diesem sogenannten Behandlungssog entgegensetzen können, wenn sie eine Kinderwunschbehandlung mit unterschiedlichen biographischen und sozialen Voraussetzungen in Anspruch nehmen. Bereits die frühen feministischen Kritikerinnen Brunhilde Arnold und Christine Vogt (1986, 98) forderten, die Perspektive der Nutzerinnen der Technik einzubeziehen. Sie mutmaßten, dass Frauen vorzugsweise dann für die Fortpflanzungstechnologie „willfährig" (ebd. 103) seien, wenn sie Kinderlosigkeit als Verfehlen des Lebensziels ansehen und es ihnen an Wissen über Lebensentwürfe und -werke gewollt kinderloser Frauen fehle. In dieser Situation könne der Kinderwunsch überwertig werden.

Ein ähnliches Phänomen wurde in der psychosomatischen Forschung mit dem sogenannten fixierten, auch überwertigen Kinderwunsch beschrieben. Stauber (1991, 24) beschreibt auf Basis seiner beruflichen Erfahrungen als Gynäkologe Patientinnen mit überwertigem Kinderwunsch als Gruppe mit massivem Leidensdruck, die nur invasive Methoden für die Gewinnung eines eigenen Kindes um jeden Preis schätze, dabei grenzenlos risikobereit sei und nach häufigen Wechseln einen Arzt suche, der seinerseits nur die Geburt eines Kindes als Erfolg seines Tuns begreift. Mehr noch als bei einem überwertigen Kinderwunsch zeige sich bei einem sehr späten Kinderwunsch ein extremer Leidensdruck. Die Patientinnen seien ebenso grenzenlos risikobereit, drängten auf invasive Verfahren und wehrten psychosomatische Interventionen ab. Staubers Pathologisierung beider Patientinnengruppen wird deutlich, indem er den überwertigen Kinderwunsch und sehr späten Kinderwunsch einem „gesunden" und „starken" Kinderwunsch gegenüberstellt. Ein gesunder Kinderwunsch könne, wenn er sich nicht erfüllt, sozial untergebracht werden, der Leidensdruck sei mäßig stark, ein Verzicht auf invasive Methoden sei den Frauen möglich. Nach Frick-Bruder (1989) entstehe eine Überwertigkeit des Kinderwunsches dadurch, dass die betroffene Frau einen ambivalenten Kinderwunsch nicht zulassen kann und die negative Seite der Ambivalenz, also den Wunsch nach Kinderlosigkeit, ins Unbewusste verdrängt. Auf bewusster Ebene werde das Kind idealisiert und zum Wunschkind um jeden Preis. Ebenso gebe es die Tendenz, den behandelnden Mediziner in seiner Fähigkeit, dem Paar ein Kind zu schenken, zu idealisieren und als omnipotent zu betrachten (Frick-Bruder 1984). Ursachen seien frühe Frustrationen in der Kindheit sowie die fehlende Verarbeitung und Auseinandersetzung mit sich selbst (ebd.). Ebenso erklärt Auhagen-Stephanos (1991) eine einseitige Idealisierung des Kinderwunsches damit, dass die Betroffene Lebensängste der frühen Kindheit nicht verarbeitet hat, sich in Folge Gefühle von Neid, Hass, Wut im Unbewussten niederschlagen und ihr die Erfüllung des Kinderwunsches verwehren. Die Idealisierung könne zu einem „Kinderwunsch-Syndrom" (Auhagen-Stephanos 1991, 136) werden, das als Reaktion im Sinne der eigenen Bestrafung für den unbewussten Wunsch, eigentlich ein Leben ohne Kind genießen zu wollen, verstanden werden kann. Das Kinderwunschsyndrom äußere sich darin, dass der Kinderwunsch auf bewusster Ebene zur alles beherrschenden Rolle im Leben einer Frau wird, ihre Lebensfreude erlischt, Freiheit und Anpassungsfähigkeit verloren gehen, dafür depressives Jammern, Empfindungen von Scham, Kränkung, Hass und Neid dominieren. Die betroffene Frau suche dann alle Informationen, die Hoffnung auf ein Kind versprechen, und probiere alles medizinisch Machbare aus. Ihr gelinge es damit, ihre Schuldgefühle wegen der unbewussten Ablehnung eines Kindes

zu vermindern. Goldschmidt et al. (1997, 123) sehen Patientinnen mit fixiertem Kinderwunsch als klinisch auffällig an, die Bewältigung bleibender Kinderlosigkeit führe bei ihnen zu Problemen. Psychodiagnostische Gespräche zeigten hier oft, so die Autorinnen und Autoren, dass die Patientinnen abgespaltene Persönlichkeitsanteile auf das phantasierte Kind projizieren.

Dem entgegen steht die These, dass psychische Belastungen und Störungen bei einem Teil der Patientinnen in der Reproduktionsmedizin zwar vorhanden sind, diese aber nicht die Ursache, sondern die Folge der Sterilitätserfahrung und ihrer erfolglosen medizinischen Behandlung seien. Hölzle (1990, 192 ff.) diskutiert den intensiven und einseitig idealisierten Kinderwunsch der Frauen in der IVF-Behandlung im Zusammenhang mit einer sogenannten Reaktanztheorie: Der Kontrollverlust über die Fruchtbarkeit und die jahrelangen Frustrationen begünstigen eine gesteigerte, verstärkt normativ orientierte und einseitig positiv ausgerichtete Kinderwunschmotivation im Sinne einer Attraktivitätssteigerung des unsicher gewordenen Objektes.

> „Um die strapaziöse Behandlung überhaupt bewältigen zu können, müssen das biologisch eigene Kind aufgewertet und andere Alternativen abgewertet oder verdrängt werden, da ansonsten eine kognitive Dissonanz und Verunsicherung entstehen könnte, die wiederum die Problembewältigung erschwert. Hinzu kommt, dass die Fixierung auf das biologisch eigene Kind begünstigt wird durch die ständigen Weiterentwicklungen in der Reproduktionsmedizin. Sie suggerieren Machbarkeit und besitzen implizit den Aufforderungscharakter, den Wunsch nach einem biologisch eigenen Kind auch in sehr schwierigen Fällen aufrecht zu erhalten. So hilfreich die Angebote für die einzelnen Paare auch sein mögen, so hinderlich sind die grenzenlosen Behandlungsmöglichkeiten andererseits für eine Akzeptanz der Kinderlosigkeit.“ (Hölzle 1990, 193)

Von 1993 bis 1999 untersuchten zwei Verbundprojekte die Psychosomatik von Fertilitätsstörungen, der sogenannte Kieler Verbund und der Gießen-Leipziger Verbund (Brähler et al. 1998; Brähler et al. 2000; Brähler und Felder 2000). Die Verbundprojekte hatten zum einen die Zielsetzung, die Psychopathologie der Frau oder des Paares quantitativ-systematisch zu erforschen und Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zu verbessern, und zum anderen die psychosozialen Belastungen und Umgehensweisen der Betroffenen mit Diagnose und Behandlung zu untersuchen. Zu den Ergebnissen gehörte, dass Kinderwunschpaare keine überdurchschnittlichen psychopathologischen Auffälligkeiten zeigten. Daraus wurde die Entpathologisierung von betroffenen Paaren, insbesondere Frauen, abgeleitet (Brähler et al. 1998; Strauss et al. 2004, 29; Wischmann und Stöbel-Richter 2014, 11). Zwar zeigten verschiedene Studien bei einem Teil der betroffenen Frauen erhöhte Ängstlichkeit, Depressivität und vermehrt körperliche Beschwerden gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Diese wurden aber als Folge von Diagnose und Therapie interpretiert, da sie mit der Dauer der Kinderwunschbehandlung zunehmen. Auch Beaurepaire et al. (1994) wiesen nach, dass der Anteil von Frauen mit sogar klinisch relevanten Depressionen mit der Anzahl der Behandlungsversuche ansteigt (15 Prozent bei Behandlungsbeginn und 25 Prozent nach wiederholt erfolglosen Behandlungsversuchen im Vergleich zu 14 Prozent bei einer Normstichprobe). Für die Männer konnte ein vergleichbares Ergebnis nicht nachgewiesen werden. Ebenso zeigten Verhaak et al. (2005) in einer längsschnittlich angelegten quantitativen Studie, dass ein zunehmend großer Teil der Frauen während und

nach erfolglos verlaufenen IVF- oder ICSI-Behandlungen Ängste und Depressionen entwickelten. Sechs Monate nach Abschluss einer erfolglosen Behandlung verblieben bis zu 20 Prozent der Frauen mit Symptomen von Angst und bis zu 25 Prozent mit Symptomen einer Depression. Einige Jahre nach Behandlungsabschluss gingen diese Symptome dann wieder zurück (Verhaak et al. 2007). Auch in ihrem systematischen Review[11] kommen Verhaak et al. (2007) zu dem Ergebnis, dass zwischen 10 Prozent und 25 Prozent der Frauen während und nach der reproduktionsmedizinischen Behandlung Depressionen im klinisch relevanten Bereich entwickeln und damit eine besondere Risikogruppe in der Behandlungsdurchführung darstellen. Die Autorinnen und Autoren kritisieren einen Mangel an Studien, die Risikofaktoren für die Entwicklung dieses extrem schlechten emotionalen Befindens identifizieren können. Die deutsche AWMF-Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Kentenich et al. 2014) stellt heraus, dass ein wissenschaftlicher Beleg für einen fixierten Kinderwunsch bei infertilen Paaren als Ursache für die Fertilitätsstörung nicht erbracht werden konnte. Es bleibt aber der empirische Verweis auf eine Teilgruppe der Betroffenen mit deutlich zunehmenden psychischen Belastungen im Verlauf der reproduktionsmedizinischen Behandlung.

Zu der Frage, welche spezifischen Belastungsmomente in der reproduktionsmedizinischen Behandlung auszumachen sind, zeigten Eugster und Vingerhoets (1999) in einem Review über Studien zu psychosozialen Effekten der IVF-Behandlung, dass das Warten nach dem Embryonentransfer bis zum Ausgang des Schwangerschaftsergebnisses zu den belastendsten Aspekten der Behandlung gehört. Die Studien von Strauß et al. (1991) und Onnen-Isemann (2000, 86 ff.) kommen zu demselben Ergebnis. Nach Strauß et al. (1991) habe die Behandlung zum Teil gravierend negative Auswirkungen auf das gesamte Lebensarrangement von Beruf, Freizeitgestaltung bis hin zum Sexualleben. Onnen-Isemann (2000, 93) und Nave-Herz et al. (1996, 35, 106, 113) vergleichen das Behandlungserleben mit einem „Lotterie-Spiel“: Die Hoffnung auf Erfolg beim nächsten Behandlungsversuch und die Sorge vor späteren Selbstvorwürfen, man hätte nicht alles versucht, seien die Motoren für die Behandlungsdurchführung. Imeson und McMurray (1996) beschreiben in ihrer qualitativen Studie, wie der Zirkel aus Hoffnung und Enttäuschung, aber auch der Kontrollverlust über die eigene Fruchtbarkeit und die soziale Isolation gegenüber Freunden und Familien mit Kindern die Erfahrung betroffener Paare in der IVF-Behandlung prägt. Auch Boden (2007) beschreibt die zyklische Natur der hoffnungsvollen Antizipation, die teilweise extreme Angst und Sorge vor dem erfolglosen Behandlungsausgang sowie die Verzweiflung bei Erfolglosigkeit als prägend für das Erleben der Paare. In dem Bedürfnis, sich später nichts vorwerfen zu können, sei die Grenze zwischen „genug tun“ und „zuviel tun“ schwer auszumachen. Dass es kein objektives medizinisches Kriterium für eine Behandlungsbeendigung gebe, mache die Entscheidung der Paare schwierig. Manche Paare blieben

[11] Das Review umfasst alle zwischen 1978 und 2005 veröffentlichten Artikel in Journals in Englisch, Deutsch, Französisch, Holländisch in den Datenbanken Medline, PubMed, PsychInfo, die emotionale Aspekte rund um die IVF/ICSI-Behandlung untersuchen. Eingeschlossen werden nur Studien, die Cochrane-Kriterien erfüllen: randomisierte oder sequenzielle Stichprobenziehung, Messung der emotionalen Aspekte mit Skalen geprüfter Validität und Reliabilität, Vergleich mit Normgruppen, ausreichend große Stichprobe für Mittelwertberechnungen und Prädiktorenmessungen, statistisch signifikante Unterschiede, Langzeitanalysen zur Messung von Veränderungen der Emotionalität.

auch Jahre nach der Behandlung dem Gedanken an ein eigenes Kind verhaftet und es gelänge ihnen kaum, einen neuen Lebenssinn zu entwickeln. Wischmann et al. (2000) betonen die Notwendigkeit psychosozialer Versorgung für eine Subgruppe besonders belasteter Paare, die wenig in der Lage sind, die Fertilitätskrise aus eigenen Kräften zu bearbeiten.

Auch nach einer aktuelleren quantitativ-standardisierten Befragung von Rauprich et al. (2011a) bestätigt sich noch immer der Befund, dass sich die Mehrheit der Betroffenen durch das Wechselspiel von Hoffnung und Enttäuschung belastet fühlt. Auch gab nahezu die Hälfte der befragten Frauen und Männer an, während der Behandlung stark das Gefühl bekommen zu haben, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben. 57 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer berichteten, dass sie infolge der Behandlung mindestens einmal zeitweilig zur beruflichen Arbeit nicht fähig waren. 74 Prozent der Befragten hatten die Erfahrung gemacht, dass ihr Kinderwunsch dermaßen übermächtig geworden war, dass andere Ziele in ihrem Leben in den Hintergrund geraten sind. Für 80–85 Prozent der Patienten war es schwer oder sehr schwer, die erfolglosen Behandlungszyklen endgültig zu beenden. 5 Prozent der Befragten hatten zehn und mehr Behandlungszyklen unternommen. 25 Prozent der befragten ReproduktionsmedizinerInnen und 15 Prozent der psychosozialen BeraterInnen berichteten, dass ihnen häufig Patientinnen mit übermächtigem Kinderwunsch begegneten und es ihnen besonders schwerfiele, die Behandlung endgültig zu beenden. 33 Prozent der ReproduktionsmedizinerInnen und 42 Prozent der psychosozialen BeraterInnen schätzen das Problem als sehr verbreitet ein. 11 Prozent der ReproduktionsmedizinerInnen sagten, sie würden in solchen Fällen den Paaren von einer weiteren Behandlung abraten. Die Mehrheit der befragten Paare, ReproduktionsmedizinerInnen und psychosozialen BeraterInnen waren der Meinung, dass es selbst bei nur kleinen Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung den Paaren selbst überlassen werden sollte, ob sie noch einen Behandlungsversuch durchführen oder die Behandlung endgültig beenden möchten. Eine relativ große Minderheit (4–14 Prozent) gab aber eine konflikthafte oder gar keine Antwort auf diese Frage.

Es gilt als empirisch gesichert, dass der reproduktionsmedizinischen Behandlung aufgrund ihrer mäßigen Erfolgsaussicht in Kombination mit der Wiederholungsmöglichkeit spezifische Belastungsmomente innewohnen, die für einen Teil der behandelten Frauen sogar schwerwiegende emotionale und psychosoziale Leidenserfahrungen bedeuten. Es bleibt aber weitgehend ungeklärt, unter welchen Bedingungen die Betroffenen Ängste und Depressionen entwickeln, einen übermächtigen Kinderwunsch entwickeln oder der Gefahr eines Behandlungssogs oder der Legitimationskrise der Behandlungsbeendigung wenig entgegenhalten können. Allgemein gelten die Offenheit für Alternativen, ein realistischer Umgang mit den Erfolgsquoten des medizinischen Therapieangebots und geplante Therapiegrenzen als Voraussetzung für den Erhalt von Autonomie in der Sterilitätstherapie (Groß 2004, 929). Kurz gesagt stellt sich für die betroffenen Paare in der Reproduktionsmedizin die Frage: Wie weit gehen wir für ein Kind? Wie weit lassen wir uns auf die Behandlung ein angesichts dessen, dass sie uns wegen der relativ hohen Misserfolgsrate und der damit verbundenen Enttäuschung auch schaden kann?

2 FRAGESTELLUNG UND FORSCHUNGSTHEORETISCHE PERSPEKTIVEN

2.1 FRAGESTELLUNG DER ARBEIT

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie richtet sich auf den Umgang mit erfolglos verlaufenden Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, IVF, ICSI) im Kontext der jeweiligen Lebensgeschichten der behandelten Frauen. Es werden ausschließlich Frauen betrachtet, deren Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin ohne die erwünschte Geburt eines Kindes verlief. Es interessiert der Umgang mit einer Medizintechnik, deren Erfolg sehr unsicher, deren Anwendung aber wiederholbar ist (siehe Kap. 1). Der analytische Schwerpunkt auf die Lebensgeschichten der ehemaligen Patientinnen ergibt sich aus dem besonderen biographischen Bezug der Therapieanwendung: Mithilfe der erhofften erfolgreichen Anwendung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen soll ein biographischer Entwurf verwirklicht werden, nämlich ein Leben mit einem eigenen Kind innerhalb einer heterosexuellen Paarbeziehung.[12] Die Fertilitätsstörung fällt dem betroffenen Paar oft erst dann auf, wenn es den Kinderwunsch konkret verwirklichen will und sich eine Schwangerschaft innerhalb einer gewissen Zeitspanne nicht einstellt. Die betroffenen Paare haben eine „initiale Definitionsmacht“ (Ullrich 2012, 111) bei der Behandlungsdurchführung; „an die Stelle von medizinisch objektivierbaren Symptomen und damit zusammenhängenden gesellschaftlich geteilten und institutionalisierten Zustandsdefinitionen treten subjektiver Wunsch und die Definition des Paares“ (ebd. 111). Kinderlosigkeit ist nicht bei jedem Paar und zu jeder Zeit der Lebensgeschichte unerwünscht. Erst der Kinderwunsch des Paares, der verwirklicht werden will und die Bestimmung der Kinderlosigkeit als lebensweltliches Problem durch das Paar induziert medizinisches Handeln (siehe Kap. 1).

Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen sind hier in einer anderen Situation als bei der Behandlung konventioneller Erkrankungen: Der Blick allein auf die Somatik

[12] Die Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin durch lesbische Paare oder alleinstehende Frauen ist nicht Thema dieser Untersuchung. Die Bundesärzteschaft schließt in ihren Behandlungsrichtlinien die Behandlung von Frauen ohne Partnerschaft oder in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft aus (siehe Bundesärztekammer (BÄK) 2006), die GKV übernimmt nicht die Kosten für eine Behandlung. Der Inanspruchnahme einer heterologen Insemination, also einer Spendersamenbehandlung, durch ein Paar in einer heterosexuellen Beziehung geht üblicherweise zunächst einmal die Orientierung an einem biologisch eigenem Kind voraus. Paare, die eine Spendersamenbehandlung durchführen ließen, sind aber auch nicht im vorliegenden Sample.

reicht nicht aus, um medizinisches Eingreifen zu begründen. Sie tun etwas, das nicht zwingend notwendig und zudem extrem unsicher ist (siehe Kap. 1). Vor dem Hintergrund des umstrittenen Krankheitswertes der ungewollten Kinderlosigkeit gibt es entsprechend aus medizinischer Perspektive keine klare Indikation für oder gegen die Behandlung (Rauprich et al. 2011b, 2382). Es gibt keinen medizinischen Behandlungsauftrag, der darauf ausgerichtet ist, krankheitsbedingtes Leid in Form von existenzieller Bedrohung oder Beeinträchtigung der Gesundheit der Betroffenen selbst zu mildern oder abzuwenden (was nicht heißt, dass eine nicht eintretende Schwangerschaft erhebliches psychisches Leid verursachen *kann*). Es gibt zudem bis zur Menopause keinen therapeutischen Endpunkt, kein Austherapiert-Sein. Den betroffenen Patientinnen und Patienten wird, verglichen mit medizinischen Behandlungen anderer Erkrankungen, ein eher großer Entscheidungsspielraum zugestanden: Im Handlungsraum der betroffenen Paare liegt, ob Behandlung überhaupt in Anspruch genommen wird, wenn ja, wie häufig eine IVF oder ICSI wiederholt wird, wie lange Pausen zwischen den Versuchen gemacht werden und wann die Behandlung beendet wird. All das muss im Hinblick auf Lebensziele, Wünsche und Werte des Paares entschieden werden (Rauprich et al. 2011b, 2382). Aufgrund der eher mäßigen Chance, dass eine künstliche Befruchtung tatsächlich zur Geburt eines Kindes führt, müssen sich Paare, deren Behandlung erfolglos verlaufen ist, damit auseinandersetzen, dass eine endgültige Beendigung der Behandlungsversuche für sie wider Willen und Erwartung wahrscheinlich ein Leben ohne eigenes Kind bedeuten wird. Die betroffenen Paare sind dann vor die Aufgabe gestellt, einen neuen biographischen Entwurf zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund erscheint die Rekonstruktion der Behandlungsgeschichte im Kontext der Biographie gerade bei jenen Betroffenen sinnvoll, deren reproduktionsmedizinische Behandlung erfolglos verläuft.

Die Untersuchung wendet sich der Perspektive der behandelten Frauen in der Reproduktionsmedizin zu. Das Interesse gilt der sozialen Standortgebundenheit der jeweiligen Interpretation der Kinderlosigkeit, der Umgangsweisen mit den reproduktionsmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und der soziobiographischen Auswirkungen erfolgloser Behandlung und bleibender Kinderlosigkeit.
Die wesentlichen Fragestellungen der vorliegenden Studie sind folgende:

a) Wie gehen ungewollt kinderlose Frauen mit erfolglosen Maßnahmen künstlicher Befruchtung um und welche grundsätzlichen Alternativen des Umganges lassen sich empirisch und grundlagentheoretisch unterscheiden?

b) Von welchen biographischen und sozialen Bedingungen ist der jeweilige Umgang mit der Reproduktionsmedizin kontextuiert?

c) Wie lässt sich die biographische Arbeit beschreiben, welche die Frauen während der Behandlung, im Angesicht und im Nachgang erfolgloser Behandlungsversuche leisten müssen?

Die analytische Aufmerksamkeit soll sich darüber hinaus auch auf soziale Prozesse richten, die durch das „Nadelöhr“ des Individuums, hier die Perspektive der Patientinnen, über die soziale Welt der Reproduktionsmedizin sichtbar werden. Die Behandlungsgeschichten oder „Behandlungskarrieren“ der betroffenen Frauen sind in organsierte, institutionelle Abläufe der Reproduktionsmedizin eingebunden und entwickeln sich in Auseinandersetzung mit ihnen. Gefragt werden soll darum auch:

d) Wie gestaltet sich das Arbeitsbündnis zwischen den behandelnden Reproduktionsmedizinerinnen und -medizinern und den Frauen und Paaren neben der rein medizinisch-technischen Abwicklung?

Im Zuge der Erhebung und Auswertung des empirischen Materials wurden unterschiedliche Formen des Umganges mit den medizinisch-professionellen Bearbeitungsstrategien der ungewollten Kinderlosigkeit gefunden, die von der biographischen und sozialen Verfasstheit der Frauen getragen sind (genauer im Kap. 3.4). Die Fragestellung präzisierte sich im Verlauf des Forschungsprozesses auf die Beschreibung unterschiedlicher „Haltungen" der Frauen im Umgang mit der Reproduktionsmedizin (siehe Kap. 5.1) sowie ihren biographischen und sozialen Bedingungen und Auswirkungen (siehe Kap. 5.2). Die Frage zum Arbeitsbündnis in der Reproduktionsmedizin wird in Kapitel 5.2.4 behandelt.

Bei dem Anliegen, die sozialen und biographischen Bezüge und Auswirkungen von ungewollter Kinderlosigkeit und der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen systematisch aus der Perspektive der betroffenen Frauen zu untersuchen und darzulegen, gerieten folgende soziologische und medizinsoziologische Konzepte und Theoriedebatten in das analytische Blickfeld:

Die interaktionistische Perspektive

Für eine Untersuchung wie diese, die nach dem Umgang mit der (erfolglosen) reproduktionsmedizinischen Behandlung fragt, liegt es nahe, an Konzepte anzuknüpfen, die sich in der Theorietradition des symbolischen Interaktionismus entwickelt haben. Für den symbolischen Interaktionismus ist der Grundgedanke kennzeichnend, dass menschliche Handlungsorientierungen und Planungsabsichten im Angesicht der Bedeutungen von sozialen Objekten, Situationen und Beziehungen entstehen. Diese Bedeutungen werden in Interaktionen zwischen Menschen hergestellt, aufrechterhalten oder auch verändert (Blumer 1973).

In der Medizinsoziologie richten sich die Fragestellungen, wenn sie eine interaktionstheoretische Perspektive verfolgen, auf das subjektive Erleben von und den Umgang mit einer Erkrankung mit ihren vielfältigen sozialen, psychischen und alltagsweltlichen Implikationen (Schaeffer 2009, 16). Erfasst werden sollen soziale Prozesse, die mit dem Erleben einer Erkrankung verbunden sind. Dazu gehören etwa Prozesse sozialer Isolierung, Desintegration oder sozialer Stigmatisierung. Krankheit und Gesundheit werden nicht als exogen definiert betrachtet, sondern als gesellschaftlich hervorgebrachte und damit wandelbare Konstrukte. Das Erkenntnisinteresse zielt dabei auf soziale Interaktions- und Aushandlungsprozesse, die sowohl bei der Krankheitsdefinition als auch im alltäglichen Umgang mit der Krankheitssituation sichtbar werden (ebd. 17). Das Erkenntnisinteresse in der Biographieanalyse geht dann auch über die subjektiven Realitäten der Betroffenen hinaus und erfasst Prozesse, die den Betroffenen nicht immer voll reflexiv bewusst sind (siehe Kap. 3.3).

In der vorliegenden Arbeit haben sich insbesondere Konzepte als anschlussfähig und ergiebig erwiesen, die in der amerikanischen Soziologie von Strauss (1991) und Corbin und Strauss (1988) in ihren medizinsoziologischen Arbeiten sowie in der deutschen Biographieforschung von Fritz Schütze und seinen MitarbeiterInnen vorgelegt worden sind. Es handelt sich um das Konzept der Prozessstrukturen des Lebens-

laufes (insbesondere im Kap. 4), das Konzept des Arbeitsbogens (insbesondere im Kap. 5.2.4) und das Konzept der biographischen Arbeit (insbesondere im Kap. 5.2.6). Alle drei Konzepte sind als „sensibilisierende Konzepte“ im Sinne von Blumer (1969, 147 ff.) zu verstehen. Sie helfen, die interessierenden Phänomene zu deuten und zu strukturieren, ohne sie schlicht mit bestehenden theoretischen Kategorien zu etikettieren oder die analytische Offenheit zu gefährden (Feindt und Broszio 2008; Bräu 2002, 242).

Familien- und paarsoziologische Perspektive

Die Untersuchung des Umgangs von Frauen mit der Reproduktionsmedizin blickt auf den jeweiligen sozialen Kontext, in welchem die Frauen ihren Kinderwunsch entwickeln und verwirklichen wollen. Diese Kontexte beinhalteten sowohl Möglichkeiten als auch Beschränkungen, hinsichtlich derer sich Frauen bei der Entwicklung ihrer biographischen Erwartungen und Pläne orientieren. Der Rückgriff auf die Diskurse der Familien- und Paarsoziologie sensibilisierte für die bei Reproduktionsentscheidungen unmittelbar relevanten sozialen Kontexte, nämlich die Paar- und Familienkonzeptionen mit den ihnen eingelagerten Geschlechterverhältnissen, beruflichen Orientierungen und damit verbundenen zeitlichen (Vor-) Strukturierungen von Biographien.

Körpersoziologische Perspektive

Insbesondere in der Frauen- und Geschlechterforschung ist der Körper der Frau in der Reproduktionsmedizin vielfach zum Thema geworden. In den 1980er Jahren dominierten sowohl Thesen um Prozesse der Kommerzialisierung des weiblichen Körpers als auch Prozesse der Instrumentalisierung und Objektivierung zum Zwecke der Erfüllung einer weiblichen Normbiographie. Diskutiert wurde auch, ob der subjektiv gespürte Körper (Leib) im Zuge der Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin zugunsten der Objektivierung des eigenen Körpers verloren gehe. Mit diesen Debatten können medizinsoziologische Konzepte über subjektive Krankheitstheorien verbunden werden. Es kann so gefragt werden, inwieweit differente Umgangsweisen von Frauen mit der Reproduktionsmedizin im Zusammenhang stehen mit subjektiven Theorien über die Ursachen und Beeinflussungsmöglichkeiten der Kinderlosigkeit.

Die sozialwissenschaftlichen Konzepte und Diskurse, die ihren Ursprung 1) in der Theorietradition des symbolischen Interaktionismus, 2) in der Familien- und Paarsoziologie und 3) in der Körpersoziologie haben, stehen auf den ersten Blick zunächst relativ unverbunden nebeneinander. Ihre jeweiligen Bedeutungen und ihre verbindende Klammer haben sich erst im Prozess der vorliegenden Untersuchung gezeigt, standen also nicht schon vor Beginn der empirischen Analyse fest. Natürlich bringt aber eine biographieanalytische Untersuchung, die sich in ihrer methodologischen Ausrichtung zu großen Teilen aus dem symbolischen Interaktionismus speist, hierbei ihre eigenen Theorieinventare zur Erkenntnisgenerierung mit ein. Weiterhin betreffen die ungewollte Kinderlosigkeit und ihre medizinische Behandlung, wenig überraschend, unmittelbar die familienbezogenen biographischen Pläne und Erwartungen der beiden Partner und deren sinnhafte Konzeption der Paarbeziehung. Zudem richtet sich die medizinische Behandlung primär auf den Körper der Frau, der zur Verwirklichung ihrer familienbezogenen Orientierungen schwanger werden soll. In den Kapiteln 4

und 5 finden sich deswegen immer wieder Bezüge zu den im Folgenden noch einmal genauer skizzierten Theoriekonzepten und Diskursen.

2.2 INTERAKTIONSTHEORETISCHE PERSPEKTIVE: PROZESSSTRUKTUREN, ARBEITSBOGEN, BIOGRAPHISCHE ARBEIT

Das Konzept der Prozessstrukturen des Lebenslaufes

Das Konzept der Prozessstrukturen des Lebenslaufes ist von Fritz Schütze in den 1980er Jahres auf Basis seiner Analysen zahlreicher autobiographisch-narrativer Interviews entwickelt worden. Es zählt zum zentralen Theorieinventar der sozialwissenschaftlichen Biographieforschung (Schütze 1981, 1984). In ihrer grundlegenden methodologischen Ausrichtung an den Prämissen des symbolischen Interaktionismus sowie der phänomenologischen Sozialphilosophie geht die Biographieforschung der subjektiven Bedeutung und individuellen Sinnzuschreibung der Gesellschaftsmitglieder nach (siehe auch Kap. 3). Durch das „Nadelöhr“ des Individuums, also im konkreten Kontext des individuellen Falles, will die Biographieforschung letztlich soziale und biographische Prozesszusammenhänge beschreiben und erklären (Perleberg et al. 2006, 103). Beispielsweise erscheint in der autobiographischen Erzählung einer Betroffenen, wie leidvoll (oder nicht) sie die ungewollte Kinderlosigkeit subjektiv erlebt hat. Dabei werden aber jene überindividuellen sozialen Prozesse deutlich, die mit dem subjektiven Erleben ungewollter Kinderlosigkeit verbunden sind. Das können etwa Prozesse sozialer Isolierung sein (siehe Kap. 5.2.5), Veränderungen der Paarkonzeption (siehe Kap. 5.2.2) oder der schwierigen Neukonzeption des biographischen Entwurfs und seiner interaktiven Aushandlung mit signifikanten Anderen (siehe Kap. 5.2.1 und 5.2.6).

Schütze lehnt sich mit dem Begriff „Prozessstruktur“ unmittelbar an die verbindende Betrachtung von Struktur und Prozess an, wie sie von Barney Glaser und Anselm Strauss in ihrem Werk „Time for Dying“ (1968) dargelegt wurde. Das Werk befasst sich mit der Untersuchung der sich verändernden sozialen Interaktionen im Zusammenhang mit der medizinischen Prozessierung des Sterbeverlaufs von Menschen in Krankenhäusern. Glaser und Strauss setzen hier einer strukturfunktionalistischen Betrachtungsweise sozialer Realität entgegen, dass soziale Strukturen keine statischen, sondern sich durch soziale Interaktionen stets verändernde Gebilde sind und entsprechend so untersucht werden müssen.

> „If one considers dying as a process extending over time, then the hospital’s structure can be seen as continually changing to handle different phases in that process. Its structure, then, is in process; which phenomenon we call ‚structural process‘.“ (Glaser und Strauss 1968, 239)

Schütze verwendet den Begriff in ähnlicher Weise, wenn er den Prozesscharakter sozialer Realität und zugleich dessen Ordnungsstruktur analytisch erfassen will. In einer autobiographischen Erzählung sind soziale Prozesse stets im Rahmen individueller lebensgeschichtlicher Erfahrungsaufschichtung eingeordnet. Die Biographieträgerin hat deswegen immer eine Haltung zu ihnen, die sich in Form einer Beziehung der er-

lebten Ich-Identität zur jeweiligen Lebensablaufphase ausdrückt (Perleberg et al. 2006, 100). Biographische Prozessstrukturen beinhalten eine „Erfahrungshaltung, die der Biographieträger den Ereignisabläufen gegenüber einnimmt“ (Schütze 1984, 92). Diese Erfahrungshaltung nimmt die Biographieträgerin nicht nur gegenüber Einzelereignissen, sondern gegenüber einem Zusammenhang von Ereignisabläufen der eigenen Lebensgeschichte ein. Die Prozessstrukturen sind deswegen lebensgeschichtlichen Phasen zuzuordnen. Schütze unterscheidet insgesamt vier solcher Prozessstrukturen als systematische, voneinander zu unterscheidende Formen der Erfahrungsperspektive auf eine Kette von lebensgeschichtlichen Ereignissen (Schütze 2006, 1981): Institutionelle Ablaufmuster des Lebenslaufes, biographische Handlungsschemata, Verlaufskurven des Erleidens und biographische Wandlungsprozesse. Im Folgenden genauer:

1) Institutionelle Ablaufmuster des Lebenslaufes

Bei der Biographieträgerin herrschen das Selbstverständnis und die entsprechende Bestätigungserfahrung vor, sinnhaft institutionellen Ablaufmustern zu folgen, die in einem gesellschaftlichen Ordnungsrahmen die entsprechende Lebensphase regelhaft bestimmen (Perleberg et al. 2006, 110). Institutionelle Ablaufmuster des Lebenslaufes beziehen sich auf die normative Struktur sozialer Realität. Nicht nur die Erwartungen der Betroffenen an sich selbst, sondern auch die Erwartungen signifikanter Bezugspartner oder anderer Dritter richten sich darauf, dass die Person sich orientierungsmäßig und handlungsschematisch auf den Vollzug institutioneller Ablaufpläne einstellen möge (Schütze 1981, 68). Das grundlegende Erfahrungsprinzip der Person ist also hier, die an einen Lebensbereich und an eine Lebensphase gestellten normativen Erwartungen grundsätzlich übernommen zu haben und nun zu versuchen, sie zu befolgen (Perleberg et al. 2006, 110). Die Biographieträgerin versteht für sich selbst institutionelle Ablaufmuster meist als Aufgabe der eigenen Bewährung. Dabei können auch Befürchtungen darüber dominant werden, ob die eigenen Fähigkeiten und Potenziale überhaupt genügen, normative Erwartungen zu erfüllen (ebd.). Typische Erzählmarkierer im Interview sind etwa

„Joah und dann -eh- nach dem Abitur bin ich dann also in C-Stadt gewesen zur Ausbildung. Hab da also sieben Jahre Grundschule, Grund- und Hauptschule war das da, und hab da das 1. Staatsexamen gemacht.“ (Angela Ehlert: 22–25)

Für alle Phasen und Übergänge des Lebenslaufs existieren gesellschaftliche Institutionen, die die entsprechenden lebensgeschichtlichen Abläufe regeln, organisieren und kontrollieren (Schütze 1981, 68). Gesellschaftliche Institutionen wie Schule, Familie und Kirche tendieren zur Ausbildung umfassender moralisierender Idealbilder des Lebensplans und stellen dafür Übergangsverfahren zur Verfügung (ebd.): z. B. organisierte Passageriten wie festliche Gestaltungen von Schulabschluss- oder Hochzeitsfeiern. Es existieren hierbei auch Gesamterwartungen an den sequenziellen Zusammenhang des Lebenslaufs, etwa in der Form, dass die Geburt eines Kindes nach dem Ausbildungsabschluss erfolgen sollte. Der einzelne faktische Lebensvollzug kann von den gesellschaftlichen Erwartungen mehr oder weniger stark abweichen (ebd.). Besonders hervorstechend sind die Institutionalisierungen innerhalb der Ausbildungs- und Berufskarrieren, welche Erwartungen an den familienzyklischen Ablauf bisweilen auch

überlagern können (ebd. 69). Partikulare Institutionalisierungen existieren beispielsweise auch im medizinischen Kontext in Form von Behandlungsprogrammen oder, weniger sichtbar, im Freizeitbereich, etwa in Fußball- oder Tenniskarrieren (ebd.).

2) Biographische Handlungsschemata

Biographische Handlungsschemata beziehen sich auf Erfahrungszusammenhänge, die von der Biographieträgerin selbst geplant sind. Sie zielen darauf ab, die entsprechenden Handlungsprojekte erfolgreich zu verwirklichen. Wie auch bei institutionellen Ablaufmustern wird die Biographieträgerin das Aufkommen und die Entfaltung von Handlungsschemata erwarten. Handlungsschemata nehmen aber ihren Anfang bei Impulsen, welche der Aktivitätssphäre der Biographieträgerin selbst entstammen, während sie bei institutionellen Ablaufmustern, denen sich die Betreffende mehr oder weniger flexibel anpasst, außerhalb ihrer Aktivitätssphäre liegen (Schütze 1984, 93). Der intentionale Charakter von biographisch relevanten Handlungsschemata drückt sich in dem Selbstverständnis der Biographieträgerin aus, ihr Leben selbstgestaltend in der Hand zu haben (Perleberg et al. 2006, 108). Im autobiographischen Interview zeigen sich Prozessstrukturen biographischer Handlungsschemata symptomatisch an einer Erzählsprache, die die intentionale Perspektive auf die Ereigniszusammenhänge zum Ausdruck bringt:

„Hab also ein halbes/ also ein Semester Betriebswirtschaftslehre studiert, aber schon gezielt mit Blick auf das Curriculum von diesem Sonder-BWL-Studiengang. Also dass ich schon so gesagt hab, ‚Okay, wenn ich das mache, kann ich's mir anrechnen lassen.'" (Carmen Richter: 318–321)

Schütze hat für die weitere Charakterisierung der Prozessstruktur des Handlungsschemas eine Reihe von Unterphänomenen beschrieben (Schütze 1981, 70–88): Handlungsschemata sind kommunikativ auf Interaktionspartner bezogen, die sie ratifizieren, ablehnen oder ignorieren können. Handlungsschemata besitzen eine Ankündigungs- Durchführungs- und Ergebnissicherungsphase; letztere beginnt oft schon während der Durchführung, führt jedoch hier noch nicht zu einer endgültigen Bilanzierung. Viele der langfristigen Handlungsschemata sind auf Ausbildungs- und Berufskarrieren bezogen, deren Handlungsorientierung anfangs zumeist noch auf eher unscharfe Berufsbilder konzentriert ist. Die Handelnde gibt dann aber teilweise die selbstständige Organisation von Aktivitätsimpulsen und -durchführungen an die Instanzen der organisierten Berufsausführungen ab, „lässt sich prozessieren" (Schütze 1981, 74) und muss auf die ihr gestellten Aufgaben flexibel reagieren können. Schütze unterscheidet verschiedene Typen von Handlungsschemata. Dazu gehören beispielsweise biographische Entwürfe oder situative Bearbeitungs- und Kontrollschemata (weitere Typen siehe Schütze 1981, 75 ff.). Erstere können lebensgeschichtlich früh angelegt und in der Primärsozialisation vorbereitet sein (wie die Orientierung an beruflichen oder familialen Rollenvorbildern durch die Eltern) oder aber die Form sehr individuell gestalteter Lebenspläne annehmen. Letztere bezeichnen Handlungsschemata, die korrigierend oder substituierend ergriffen werden, wenn ein übergeordnetes Handlungsschema von Misserfolg bedroht ist. Bearbeitungs- und Kontrollschemata können beispielsweise Handlungsstrategien sein, die die Chance auf eine Schwangerschaft erhöhen sollen, wenn diese nicht so leicht eintritt wie erwartet.

Anders als andere handlungstheoretische Ansätze rechnet die Biographieanalyse zudem ein, dass sich während der Umsetzung biographisch relevanter und langfristiger Handlungsschemata die tragende Identität der Person aufgrund von Alltagseinflüssen, psychosozialen Impulsen oder endogenen Reifungs- oder Abbauprozessen ändert (Schütze 1981, 74 f.). Entsprechend wandeln sich nach Schütze die das Handlungsschema anfänglich bestimmenden Relevanzsetzungen durchaus im Vollzug und können dazu führen, dass Zielvorstellungen umdefiniert werden. Auch folgen, so Schütze (1981, 86 f.), die meisten biographisch relevanten Handlungsschemata nicht dem Idealmodell zweckrationalen Handelns in dem Sinne, dass die Person zuvor eine umfassende und distanzierte Problemanalyse unternimmt, Alternativen und deren subjektive Wertigkeiten durchdenkt und eine sorgfältig abgewogene Lösung findet und ansteuert. Eine umfassende rationale Analyse der handlungsschematischen Problemstellung erfolgt selbst dann nicht notwendigerweise, wenn ein Professioneller, etwa ein Arzt, informiert und berät (ebd.). Vielmehr sind in Handlungsschemata spätere Handlungsstrategien in den Erwartungsrahmen eines zunächst nur vagen Zukunftshorizontes eingelagert. Es gibt Phasen des Zögerns, des Abwartens, der Ambivalenz. Zudem werden Handlungsschemata interaktiv ausgehandelt. Auch aufgrund der angesprochenen Veränderung der Identität der Biographieträgerin kommt es zu Diskrepanzen zwischen anfänglichen Handlungsvorstellungen und späteren Realisierungsschritten (ebd.). Das gesamte Handlungsschema wird also im zeitlichen Prozess seiner Durchführung ausgehandelt, redefiniert und uminterpretiert. (Daran ist zu denken, wenn etwa in der Reproduktionsmedizin den Paaren zur Wahrung ihrer Handlungsautonomie vor Beginn der Behandlung angeraten wird, von Anfang an Behandlungsgrenzen zu setzen oder einen „Plan B“ bereitzuhalten.) Entscheidend bleibt also weniger die zweckrationale, als vielmehr die im Selbstverständnis der Biographieträgerin intentionale Orientierung der Prozessstruktur des biographischen Handlungsschemas.

3) Verlaufskurven des Erleidens

Wie eben geschildert, verbürgen institutionelle Ablaufmuster und biographische Handlungsschemata, wenn sie im Alltagsleben problemlos ausgeführt werden können, das „Nomische sozialer Realität“ (Schütze 2006, 209). Gemeint ist der erwartbare, problemlose und geordnete Ablauf sozialer Realität. Die Gesellschaftsmitglieder müssen jedoch auch immer wieder erfahren, dass sich institutionelle Ablaufmuster und Handlungsabsichten nicht wie erwartet oder geplant umsetzen lassen. Das Konzept der Verlaufskurve bringt „Prozesse anomischer Unordnung auf den soziologischen Begriff“ (Schütze 2006, 206).

Schütze (ebd.) konstatiert, dass auch die interpretative Soziologie mit ihrer zuvorderst handlungstheoretischen Perspektive auf soziale Realität nicht ausreichend in der Lage gewesen war, „Brüche, das Irritierende, Chaotische und Fremde von Erleidensprozessen und unerwarteten Abläufen“ (ebd. 206) systematisch zu erfassen. Eine entscheidende Ausnahme war, so Schütze (ebd. 212), das „trajectory“-Konzept von Glaser und Strauss (1968), wie es für die Erleidensprozesse von Krankheitsverläufen und deren Handlungsbedingungen innerhalb der professionellen Arbeitsprozesse (d. h. im Arbeitsbogen, wie im Anschluss genauer ausgeführt) entwickelt worden war. Der Begriff „trajectory“ entspricht hier bildlich der Flugbahn eines Geschosses, das unvermeidlich auf seinem Weg ist, dessen Richtung wenig vorhergesehen werden kann,