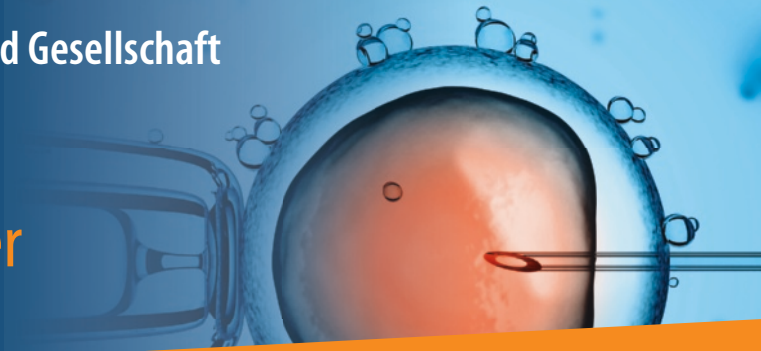


Geschlecht und Gesellschaft

Julia Feiler



Social Freezing – Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld zwischen Risiko, Moral und Verantwortung



Springer VS

Geschlecht und Gesellschaft

Band 75

Reihe herausgegeben von

Beate Kortendiek, Essen, Deutschland

Ilse Lenz, Bochum, Deutschland

Helma Lutz, Frankfurt, Deutschland

Michiko Mae, Düsseldorf, Deutschland

Michael Meuser, Dortmund, Deutschland

Ursula Müller, Bielefeld, Deutschland

Birgit Riegraf, Paderborn, Deutschland

Katja Sabisch, Bochum, Deutschland

Susanne Völker, Köln, Deutschland

Heidemarie Winkel, Bielefeld, Deutschland

Geschlechterfragen sind Gesellschaftsfragen. Damit gehören sie zu den zentralen Fragen der Sozial- und Kulturwissenschaften; sie spielen auf der Ebene von Subjekten und Interaktionen, von Institutionen und Organisationen, von Diskursen und Policies, von Kultur und Medien sowie auf globaler wie lokaler Ebene eine prominente Rolle. Die Reihe „Geschlecht & Gesellschaft“ veröffentlicht herausragende wissenschaftliche Beiträge aus der Frauen- und Geschlechterforschung, die Impulse für die Sozial- und Kulturwissenschaften geben. Zu den Veröffentlichungen in der Reihe gehören neben Monografien empirischen und theoretischen Zuschnitts Hand- und Lehrbücher sowie Sammelbände. Zudem erscheinen in dieser Buchreihe zentrale Beiträge aus der internationalen Geschlechterforschung in deutschsprachiger Übersetzung.

Die Herausgeber_innen der Buchreihe „Geschlecht & Gesellschaft“ freuen sich über Publikationsangebote. Angenommene Manuskripte werden redaktionell betreut. Bitte senden Sie Ihre Projektanfragen an sandra.beaufays@netzwerk-fgf.nrw.de oder an cori.mackrodt@springer.com.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/12150>

Julia Feiler

Social Freezing – Reproduktionsmedizin im Spannungsfeld zwischen Risiko, Moral und Verantwortung

Julia Feiler
TU München
München, Deutschland

Zugleich Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München, 2018

ISSN 2512-0883

ISSN 2512-0905 (electronic)

Geschlecht und Gesellschaft

ISBN 978-3-658-28467-1

ISBN 978-3-658-28468-8 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-28468-8>

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

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Danksagung

Im August 2018 wurde diese Studie als Dissertationsmanuskript unter dem Titel „Das Beste aus sich herausholen: reproduktionsmedizinische Verhandlungen im Diskurs um ‚Social Freezing‘“ an der LMU München eingereicht und angenommen. Den vielen Menschen, die direkt oder indirekt am Prozess dieser Studie beteiligt waren, möchte ich Danke sagen.

Mein ganz besonderer Dank geht an meine Doktormutter Prof. Dr. Paula-Irene Villa Braslavsky für die Betreuung der Dissertation und für die vielen hilfreichen und inspirierenden Gespräche. Auch möchte ich Prof. Dr. Ruth Müller für die Zweitbetreuung und die wertvollen Hinweise und Anstöße danken. Prof. Dr. Armin Nassehi danke ich dafür, dass er meine Begeisterung für die Soziologie ausgelöst hat. Auch meinen Interviewpartner_innen und den Organisator_innen von Veranstaltungen danke ich, dass sie sich Zeit genommen haben und mir Einblick in diesen spannenden Diskurs gewährt haben. Mein großer Dank geht auch an Angelika Schönwaldt für die wertvollen und inspirierenden Anmerkungen zum Manuskript. Danken möchte ich auch und in besonderem Maße der Friedrich-Ebert-Stiftung für die drei Jahre der Förderung, in denen ich so frei und konzentriert forschen durfte.

Danke fürs Lesen, Anmerken und Austauschen: Tanja Robnik, Lea Schütze, Jana Fritsche, Julia Wustmann, Jasmin Siri, Yvonne Berger, Isabel Klein, Maja Babel, und Nathalie Schlawin (fürs auf den Weg bringen). Meiner Familie und vor allem meinen Eltern, die mich immer und in allem so bedingungslos unterstützt haben, bin ich unendlich dankbar. Besonders danken möchte ich Melanie Madeddu und Niklas Prusseit für die grenzenlose Unterstützung und das Dasein.

Inhalt

1	Einleitung: die diskursive Produktion von Reproduktion	1
2	Die Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘:	
	Theorie, Methodologie, Methode	21
2.1	Die Rahmung: Theorie und Forschungsstand	22
2.2	Zur Analyse von Diskursen: Methodologie und methodisches Vorgehen	40
2.3	Von der Methodologie zum Feld: Websites, teilnehmende Beobachtung und Interviews als Diskursfragmente	48
3	‚Social Freezing‘: eine Technologie zwischen Medizin und Lifestyle	59
3.1	Der ‚eigentliche‘ Nutzen einer Technologie: über den Ursprung in der Medizin	61
3.2	Lifestyle-Motive: Feminist politics in a Nutshell	90
3.3	Freeze I: über die Legitimation und Delegitimation einer Technologie – eine Frage der Moral?	115
4	Die alternde Eizelle: ein risikoreicher Ort zwischen Natur und Technologie	123
4.1	Altern als Verfall: Material und Risiko	126
4.2	Alter und Gesellschaft: Risiken für Mutter und Kind	153
4.3	Freeze II: über biologische, gesellschaftliche und technologische Grenzen – eine Frage des Risikos?	176

5 Die Aufklärung heiligt die technologischen Mittel: Verhandlungen zwischen Medizin, Dienstleistung und Bevölkerung	183
5.1 Aufklärung als informed consent: keine ‚falschen Hoffnungen‘ einfrieren	189
5.2 Aufklärung der Bevölkerung: die Lösung aller Probleme?	212
5.3 Freeze III: über die Trias Patientin, Kundin, Bürgerin – eine Frage der Verantwortung?	232
6 Unfreeze the Discourse: das Beste aus sich herausholen	241
Literaturverzeichnis	253
Quellenverzeichnis	273
Anhang	275
Leitfaden für die Interviews	275
Transkriptionsregeln	276
Luc Pauwels Analyserahmen zur multimodalen Website-Analyse	277
Beispiele Situationsmap und Relationale Analyse	278
Tabellen zum Datenkorpus	279

Abbildungsverzeichnis

Kapitel 1

Abb. 1	„Charakteristika der behandelten Frauen und Therapieergebnisse“, vgl. Wolff et al. 2015b, Tabelle 2, S. 29	10
--------	---	----

Kapitel 3

Abb. 2	EE ¹ , Navigation: „Diskurs“ – „Motive“	73
Abb. 3	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Motive“	74
Abb. 4	FO, Navigation: „Startseite“	78
Abb. 5	EE, Navigation: „Startseite“	96

Kapitel 4

Abb. 6	AZ, Navigation: „Mutter werden“	130
Abb. 7	FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Fruchtbarkeit bewahren“	132
Abb. 8	EE, Navigation: „Startseite“	135
Abb. 9	FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Fruchtbarkeit bewahren“	137
Abb. 10	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Schwangerschaft Ü40“	160
Abb. 11	FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Gesundheit von Kind und Mutter“	161
Abb. 12	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Schwangerschaft Ü40“	163
Abb. 13	EE, Navigation: „Social Freezing“ – „Verfahren“ – „Vitifikation“	164
Abb. 14	FO, Navigation: „Startseite“	165
Abb. 15	FO, Navigation: „Startseite“	166

1 Zum Verständnis der Abkürzungen siehe Tabelle 4 im Anhang, S. 281.

Abb. 16	Bild von Präsentation Referentin Großbritannien, Beobachtungsprotokoll BS, ursprüngliche Quelle: Nicky Johnston/ First Response	173
Abb. 17	AZ: „Startseite“	174

Kapitel 5

Abb. 18	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Geburtenrückgang“ – „Unkenntnis“	203
Abb. 19	Beobachtungsprotokoll BS	206
Abb. 20	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Psychosoziale Aspekte“	222
Abb. 21	EE, Navigation: „Social Freezing“ – „Voraussetzungen“	223
Abb. 22	EE, Navigation: „Diskurs“ – „Rechtliche Lage“	225
Abb. 23	AZ, Navigation: „Startseite“	227
Abb. 24	AZ, Navigation: „Startseite“	227

Einleitung: Die diskursive Produktion von Reproduktion

1

Seit der im Mai 2018 stattgefundenen weltweit zelebrierten royalen Hochzeit des britischen Prinzen Harry mit der Hollywood-Schauspielerinnen Meghan Markle, wurde ein Thema bis zur Verkündung der ersten Schwangerschaft Meghan Markles im Oktober 2018 immer wieder Inhalt öffentlicher Aufmerksamkeit: der *Kinderwunsch* des frisch verheirateten Paares. Hauptaugenmerk wurde dabei auf Meghan Markles *Alter* gelegt, das problematisiert wurde. Sie wurde im August 2018 37 Jahre alt. Das BUNTE Magazin schreibt dazu kurz nach Meghan Markles Geburtstag:

„Herzogin Meghan

Das Geheimnis um ihr Wunschbaby

Herzogin Meghan feiert 37. Geburtstag und alle fragen: Wann kommt ein Baby? Aber sie und Gatte Harry haben eigene Pläne ... (...) Im Vereinten Königreich baut sich in dieser Frage inzwischen höchst unangenehmer Druck auf. Am 4. August wurde Meghan 37 – eine biologische Schallmauer in Sachen Babywunsch. Ab da halbiert sich die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit dramatisch und liegt bei nur noch 13 Prozent pro Zyklus. (...) Da ist zum einen das konservative, jahrhundertealte System der Monarchie. Wo bis heute die Gynäkologen Ihrer Majestät persönlich den Reproduktionsprozess der Prinzessinnen überwachen. (...) Und da ist auf der anderen Seite die moderne, unabhängige Reform-Prinzessin Meghan aus dem aufgeklärten Hollywood. Wo Frauen selbst über ihren Körper bestimmen und schon mit 25 Jahren ihre Eizellen für später einfrieren lassen, um die Schauspielkarriere nicht zu gefährden. ‚Social Freezing‘ heißt dieser Trend, der den Zeitdruck aus der Karriereplanung nimmt. (...) Auch in Meghans gleichaltrigem Mädelskreis ist ‚Social Freezing‘ ein heiß diskutiertes Thema. (...) Das Thema Nachwuchs hat Meghan also von langer Hand geplant und das Ticken der Uhr schreckt sie nicht. Im April 2016 sagte sie zu ‚Best Health‘: ‚Ich kann es kaum erwarten, eine Familie zu haben. Aber zur rechten Zeit.‘“ (Bunte Magazin online vom 07.08.2018)

‚Social Freezing‘ hat damit in der öffentlichen Aufmerksamkeit einen der Lieblingsorte der medialen Auseinandersetzung und gleichzeitig Ort konträrer gesellschaftspolitischer Zuschreibungen erreicht: das britische Königshaus. Zur prominenten Erzählung der US-amerikanischen „Reform-Prinzessin“, die modern und unabhängig in das konservative Königshaus einzieht und dabei im Spannungsverhältnis aus Entbehrungen und Reform allerhand Traditionen aufbricht, passt die Mutmaßung der kryokonservierten Eizellen zur selbstbestimmten Familienplanung nur zu gut. ‚Social Freezing‘ wird dabei als Technologie dargestellt, mit der emanzipierte Frauen wie Herzogin Meghan ‚ihr Leben selbst in die Hand nehmen‘.

Soziologisch kann man an diesem Beispiel der öffentlichen Auseinandersetzung mit Alter und Kinderwunsch (nebst der Inszenierung Meghan Markles und Prinz Harrys im britischen Königshaus im Allgemeinen) viel beobachten. So ist die öffentliche Verhandlung des Kinderwunsches in ihrer Thematisierung vom Alter Meghan Markles abhängig. Der Kinderwunsch wird nur deshalb überhaupt erst problematisiert, weil sie ihren 37. Geburtstag gefeiert hat, was einer offensichtlich heiklen ‚biologischen‘ Grenze der Fruchtbarkeit entspricht. Die BUNTE beschreibt, wie sich aufgrund dessen im gesamten Königreich ein „unangenehmer Druck“ aufbaue. Als ob es selbstverständliches Alltagswissen wäre, werden statistische Werte genannt, die den Verfall der weiblichen Fruchtbarkeit beschreiben. Während das britische Königshaus als rückwärtsgewandt und patriarchal erscheint, hat ‚Social Freezing‘ einen höchst emanzipierenden Charakter, weil aufgeklärte Frauen, die (in Hollywood) ihre Eizellen kryokonservieren lassen, selbst über ihren Körper verfügen können. Es werden also Themen wie Geschlecht, Alter, Körper, Gleichberechtigung, gesellschaftliche Institutionen, Wandel und etwa die Dichotomie Natur/Technologie an diesem Beispiel evident. Anhand des Phänomens ‚Social Freezing‘ werden diese Themen verhandelt, für das die öffentliche Aufmerksamkeit in den letzten Jahren ungebrochen war.

Doch nicht nur für ‚Social Freezing‘, für Reproduktionsmedizin im Allgemeinen, konnte in den letzten Jahrzehnten ein hoher Grad an Aufmerksamkeit beobachtet werden. So diagnostiziert Ute Kalender für den Bereich der Biomedizin und Gentechnologie:

„Diese immense Aufmerksamkeit spiegelt wider, dass durch die neuen Technologien gesellschaftliche Verhältnisse in Bewegung geraten sind, die lange als natürlich und unveränderlich galten.“ (Kalender 2014, S. 11).

‚Social Freezing‘ ist im Rahmen dieser neuen Technologien in den vergangenen Jahren zum einen ebenso ambivalent, konträr und emotional diskutiert worden wie beispielsweise zuvor Präimplantationsdiagnostik, zum anderen ist es zum

schillernden Begriff einer Art ‚medizinischem Lifestyle‘ geworden, der ‚Social Freezing‘ in der deutschen Auseinandersetzung anhängt. Ziel der vorliegenden Studie ist es, den *Diskurs* um ‚Social Freezing‘ nachzuzeichnen und herauszufinden, welche *gesellschaftlichen Verhältnisse* es dabei sind, die, wie Kalender es sagt, in Bewegung geraten sind. Zunächst gebe ich dazu einen kleinen Überblick über die öffentliche Diskussion zu ‚Social Freezing‘, das als Phänomen spätestens seit 2014 anhaltend Thema verschiedener Auseinandersetzungen in Deutschland ist. Dies soll einen ersten Eindruck davon vermitteln, wie differenziert und ambivalent die öffentliche Wahrnehmung und die Debatte sind. Im Anschluss daran werde ich den Begriff ‚Social Freezing‘ erläutern, um dann das Phänomen anhand seiner Methode der Kryokonservierung im medizinischen Kontext zu erklären. Im sozialwissenschaftlichen Kontext kann die Erforschung von ‚Social Freezing‘ auf eine lange Tradition feministischer Forschung zu Reproduktionsmedizin blicken, die knapp umrissen werden soll, bevor ich zuletzt die Fragestellung dieser Studie entfalten und deren Aufbau ankündigen werde.

Zur aktuellen Lage von ‚Social Freezing‘

Im Mai 2019 wurde das sogenannte „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ beschlossen, das zu einer „bessere[n] Versorgung“ Krankenversicherter in Deutschland führen soll. Eine der Neuerungen, die das Gesetz vorsieht, ist dass nun in Deutschland die Kosten für das Kryokonservieren von Eizellen, Samenzellen oder Gewebe junger krebskranker Menschen von den Krankenkassen übernommen werden.

„Der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a wird um die Möglichkeit der Kryokonservierung erweitert, wenn aufgrund einer akuten Krebserkrankung und deren Behandlungsfolgen die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich ist, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe der kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen. (...) Anders zu beurteilen ist es aber, wenn eine Kryokonservierung von Körperzellen (nur) eine spätere künstliche Befruchtung ermöglichen soll. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG [Bundessozialgericht] werden von den Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a bisher nur Maßnahmen umfasst, die dem einzelnen natürlichen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber eine Kryokonservierung und Lagerung von Samenzellen oder vorsorglich gewonnener Eizellen für die Wiederholung eines Versuchs der Befruchtung.“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz Referentenentwurf, 24.07.2018)¹

1 Vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, m.w.N.) in Terminservice- und Versorgungsgesetz Referentenentwurf vom 24.07.2018, vgl. Bundesministerium der Gesundheit 2018.

Der Gesetzesentwurf vom Juli 2018 löste eine Debatte darüber aus, für wen das vorsorgliche Kryokonservieren übernommen werden soll. Der §27a (im Fünften Buch Sozialgesetzbuch) regelt die Leistungen gesetzlicher Krankenversicherungen für „künstliche Befruchtungen“. Der Paragraph sieht vor, dass die Hälfte der Kosten einer künstlichen Befruchtung im Krankheitsfall (bei nicht mehr als drei Versuchen) von gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen wird, wenn das (heterosexuelle) Paar verheiratet ist, deren Ei- und Samenzellen verwendet werden und wenn beide älter als 25 und jünger als 40 Jahre (für Frauen) beziehungsweise 50 Jahre (für Männer) sind (vgl. *dejure.org* 2018). Die Beschränkung auf verheiratete heterosexuelle Paare, die auch für den neuen Gesetzesentwurf gelten sollte, löste in anderen Parteien Unmut aus, da die Voraussetzungen „nicht mehr zeitgemäß“ seien. Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Sabine Dittmar forderte beispielsweise „eine neue gesellschaftliche und politische Debatte über reproduktive Rechte“, die nicht nur für heterosexuelle und verheiratete Paare gelte (vgl. auch Ludwig 2018, *Süddeutsche Zeitung online*). Die dadurch ausgelöste Debatte führte dazu, dass junge Krebspatient_innen nun unverheiratet und unter 25 Jahre alt sein können, um die Behandlung bezahlt zu bekommen.

Die politische Debatte um die Kryokonservierung von Zellen und Gewebe zeigt dennoch sehr deutlich, dass es einen großen Unterschied zu geben scheint, aus welchen Gründen, beziehungsweise mit welchen antizipierten Zielen der Eingriff vorgenommen wird. Zum Erhalt der Fruchtbarkeit einer kranken Person wird die Methode als Entsprechung eines „natürlichen Zeugungsakt[es]“ zur „unmittelbaren Befruchtung“ zur Leistung gesetzlicher Krankenversorgung erklärt und damit per definitionem legitimiert (vgl. Kettner 2009). „Vorsorglich“ gewonnene Eizellen werden in diesem Gesetzesentwurf als jenseits medizinischer Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen definiert. Auf diesen Aspekt werde ich im Laufe dieser Studie genau eingehen, da er eines der Kernthemen des Diskurses um ‚Social Freezing‘ ist.

Zeitgleich zur Debatte um den Gesetzesentwurf zum „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ wird 2018 in der Öffentlichkeit Louise Joy Browns 40. Geburtstag zum Anlass genommen, die vergangenen vier Jahrzehnte reproduktionsmedizinischer Technologien Revue passieren zu lassen. Louise Brown wurde im Juli 1978 in Großbritannien als weltweit erstes in-vitro erzeugtes Kind geboren. Ihre Geburt wird von vielen nicht nur wissenschaftlich als reproduktionsmedizinischer Wendepunkt gesehen, sondern verändert auch die öffentliche Wahrnehmung reproduktionsmedizinischer Technologien maßgeblich. Vielfach wird Louise Browns Geburtstag für die Erzählung einer ambivalenten Fortschrittsgeschichte von Technologien genutzt, die zu Beginn die Gemüter erregen und sich dann normalisieren (vgl. etwa Bolzen

2018, WELT online; Schreiner 2018, Tagesspiegel online) und die Grenzen dessen erweitern, was bisher möglich schien. Auch ‚Social Freezing‘ wird im Zuge dessen als eine reproduktionsmedizinische Maßnahme diskutiert, die sich in Zukunft ähnlich der Pille seit den 60er Jahren etablieren könnte (vgl. etwa Geo online 2018).

36 Jahre nach Louise Browns Geburtstag kündigten im Oktober 2014 die beiden US-amerikanischen IT-Unternehmen Apple und Facebook an, künftig für die Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen ihrer Mitarbeiterinnen für den Fall aufzukommen, dass sich diese weiter ihrer Karriere widmen wollen (Friedman 2014, NBC News online). Diese Ankündigung löste eine so große und konträre öffentliche Debatte aus, dass bis heute die Namen der beiden Unternehmen untrennbar mit dem Phänomen ‚Social Freezing‘ verbunden sind. Sie stehen in den Diskussionen vielfach als Sinnbild neoliberaler Zugriffe auf Arbeitnehmerinnen und deren „perfide“ Unterwerfung unter die Marktlogik großer Firmen (vgl. etwa Céline Lauer 2014, WELT am SONNTAG). Themen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden diskutiert, kritisch hinterfragt und nach alternativen Möglichkeiten gesucht (vgl. etwa Borchardt 2014, Süddeutsche Zeitung). Häufig wird auf die ‚falschen Hoffnungen‘ hingewiesen, die ‚Social Freezing‘ mache und die Technologie und das Angebot von Apple und Facebook zur „Falle“ erklärt (vgl. Braun 2014, Süddeutsche Zeitung). Vielfach werden demographische ‚Probleme‘ der Gesellschaft mit der Technologie in Verbindung gebracht, die einerseits als Lösung für den Geburtenrückgang beschrieben wird und andererseits zu fast dystopischen Erzählungen ‚alter‘ Eltern vor allem aber ‚alter‘ Mütter führt (vgl. etwa Sauerbrey zum „Eizellen-Gate“ 2014, Tagesspiegel online). Wiederum andere feiern das emanzipative und befreiende Potenzial, das der Anwendungsbereich der Technologie ähnlich der Pille für die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen haben kann (vgl. etwa Djerassi 2014, Süddeutsche Zeitung online). Dies ist nur eine Auswahl der Themen, die nicht nur das Angebot Apples und Facebooks, sondern die Möglichkeit von ‚Social Freezing‘ an sich öffentlich ausgelöst hat.

Zum Begriff ‚Social Freezing‘

In der Fachliteratur wird mehrfach ein anderes Datum genannt, das mit der Etablierung der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen auch aus sogenannten ‚nicht-medizinischen‘ Gründen in Zusammenhang gebracht wird: Im Jahr 2013 gab die größte US-amerikanische Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin ASRM (American Society for Reproductive Medicine) ein Statement heraus, das die Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen als sichere und nicht mehr experimentelle Methode einstufte (vgl. etwa Cobo et al. 2016; Wolff et al. 2015a, S. 29). Dies führte zur vermehrten Anwendung der Methode auch jenseits ‚medizinischer‘ Indikationen wie Krebs- oder beispielsweise Rheumaerkrankungen. Durch die Ausweitung des

Anwendungsbereichs und das gesteigerte Interesse daran steigerte sich auch die Nachfrage, so die Erzählung über das Entstehen des Phänomens ‚Social Freezing‘ in reproduktionsmedizinischen Kreisen:

„Sowohl durch die zunehmende Diskussion unter Wissenschaftlern als auch in der Laienpresse häufen sich seit einiger Zeit die Nachfragen zur Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen (z. B. aktuell kein Partner, Karriereplanung im Vordergrund usw.), im angloamerikanischen Sprachgebrauch oft als ‚social Freezing‘ bezeichnet.“ (Nawroth et al. 2012, S. 528)

Über den Ursprung des Begriffes ‚Social Freezing‘ gibt es unterschiedliche Auffassungen. Während er im deutschen Sprachraum als Anglizismus behandelt und dessen Ursprung, wie oben gesehen, im „angloamerikanischen Sprachgebrauch“ gesucht wird, war der Begriff lange Zeit nur im europäischen Sprachgebrauch bekannt.² Kurz vor seinem Tod 2015 lehnte der Chemiker Carl Djerassi, der maßgeblich an der Entwicklung der Pille beteiligt war, den Begriff öffentlich in einem Essay ab und forderte dazu auf, ihn zu streichen (ebd. 2014). Der Begriff sei weder in den USA geläufig, noch bezeichne er das, worum es beim vorsorglichen Einfrieren unbefruchteter Eizellen ginge, nämlich Optionen zu schaffen:

„Es wird Zeit, das ‚social‘ vom ‚Social Freezing‘ zu trennen. In den nächsten 15 bis 20 Jahren wird diese Methode die Wahlmöglichkeiten von Frauen erweitern. Sie wird das Machtgefälle zwischen den Geschlechtern verringern – und allen mehr Optionen eröffnen.“ (Djerassi 2014)

In der deutschen Fachpresse steht der Begriff für die Abgrenzung zur Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aus ‚medizinischen‘ Gründen: das ‚Social‘ bezeichnet also das Fehlen einer ‚medizinischen‘ Indikation (vgl. etwa von Wolff et al. 2015a; von Wolff 2013; Nawroth 2015). Hier werden Themen wie ethische Dimensionen, Erfolgsraten, Risiken, Grenzen und Kosten des Verfahrens diskutiert und mit seinem ‚ursprünglichen‘ Anwendungsbereich auf Krebspatientinnen verglichen (vgl. ebd.). Sozialwissenschaftlich ist dabei interessant, *wie* diese Unterscheidung zwischen der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen mit und ohne ‚medizi-

2 Als erstes Auftauchen des Begriffes kann in der Fachpresse ein Aufsatz der britischen Reproduktionsmedizinerin Gillian Lockwood 2011 ausgemacht werden, in dem sie die Anwendung der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen als „elective oocyte cryopreservation, or social egg freezing as it is commonly known“ hinterfragt. Dies deutet darauf hin, dass der Begriff in Großbritannien schon vor 2011 gebräuchlich war (ebd. S. 335).

nische‘ Indikationen vorgenommen wird und *wie* sie dadurch Bedeutung erlangt.³ Es ist eine Unterscheidung, die jeder Verwendung des Themas ‚Social Freezing‘ vorausgeht und die dem Begriff zumindest im deutschen Sprachgebrauch inhärent ist. In ihr, dies wird zu zeigen sein, versammeln sich sehr viele wichtige Themen und Stränge des Diskurses. Um nachvollziehen zu können, worum es bei dieser Unterscheidung und generell beim Phänomen ‚Social Freezing‘ auch im Rahmen anderer reproduktionsmedizinischer Verfahren geht, umreißt ich nun knapp das Vorgehen und die Methode der Kryokonservierung von Eizellen und führe einige wichtige technische Begriffe dazu ein.

How to ‚Social Freeze‘

Die technologische Methode, die hinter ‚Social Freezing‘ steckt, ist die Kryokonservierung, also das Lagern eingefrorenen menschlichen Materials. Das Präfix „Kryo“, abgeleitet vom griechischen κρύος [kryos] kalt oder Kälte, steht für Formen des Stillstandes, ausgelöst durch eine Verringerung der Temperatur (vgl. Radin/Kowal 2017, S. 4). Die Erforschung niedriger Temperaturen und deren Einfluss auf Mechanismen des Lebendigen, die Kryobiologie, geht in die 1930er Jahre zurück, als versucht wurde, Organismen an ihre lebendigen Grenzen zu bringen, um zu erforschen, was *Leben* ist (vgl. ebd.). Die Erforschung der Kryokonservierung erlaubte es, neue Formen der künstlichen Befruchtung, Bluttransfusion und Gewebebanken zu etablieren und entwickelte sich zu einer wie Alexander Friedrich es bezeichnet, „cryogenic culture“, von der die moderne Welt⁴ in vielen Bereichen abhängig ist:

“In a biotechnical sense, cold is used to preserve food, drugs, semen, cells, blood, organs, tissues and bodies, as well as to condition the environments in which humans live and work. Without cooling devices, there would be a devastating shortage of food, health care, air conditioning, and biomedical services.” (ebd. 2017, S. 59)

Die Kryokonservierung von Eizellen, Samenzellen und reproduktivem Gewebe (Eierstock- oder Hodengewebe) hat also eine lange Geschichte und techno-politi-

3 Für den Verlauf dieser Studie benutze ich ‚Social Freezing‘ in einfachen Anführungszeichen, weil ich damit den Begriff in seiner Bedeutung verwenden möchte, ohne jedoch die Unterscheidung zwischen ‚medizinischen‘ und ‚nicht-medizinischen‘ Indikationen für einen Eingriff mittragen zu wollen. Ich beobachte die Unterscheidung und vollziehe sie nach.

4 Wenn im Laufe dieser Studie von ‚moderne‘ Welt, ‚moderne‘ Medizin oder etwa ‚moderne‘ Gesellschaft die Rede ist, handelt es sich stets um eine Beobachtung und nicht um eine Zeitdiagnose. Die jeweiligen Begriffe werden im Kontext zitiert und nicht selbst a priori gesetzt.

sche Kraft, die von den kalten Temperaturen ausgeht. 1986 wurde das erste Baby aus einer zuvor kryokonservierten Eizelle geboren (vgl. Chen 1986 in Mertes 2013). Aufgrund ihrer zellulären Eigenschaften war es lange Zeit nicht im selben und erfolgversprechenden Maße wie bei Samenzellen möglich, Eizellen einzufrieren, weil diese nach einer langsamen Kryokonservierung eine geringe Überlebensquote beim Auftauprozess hatten (vgl. Mertes 2013). Mit der Etablierung der Methode der Vitrifikation (ultraschnelles Einfrieren) kann nun eine Überlebensrate eingefrorener reifer Eizellen von 80–95 % erreicht werden (vgl. Nawroth et al. 2012).

„Als Social Freezing wird gemeinhin definiert das Einfrieren und Lagern eigener Eizellen bei gesunden Frauen mit der Option, diese später im Leben aufzutauen und durch eine künstliche Befruchtung eine Schwangerschaft herbeizuführen. Die ‚Nutzung‘ der kryokonservierten Oozyten erfordert immer eine intrazytoplasmatische Spermajektion, da eine natürliche Befruchtung nicht mehr möglich ist. Eine Schwangerschaft kann potenziell auch nach Versiegen oder deutlichen Verschlechterung der Ovarialfunktion mit vergleichsweise jungen, qualitativ besseren eigenen Eizellen noch erreicht werden. Das Verfahren muss abgegrenzt werden von der Fertilitätsprotektion, bei der die Kryokonservierung von Eizellen oder Ovarialgewebe vor einer medizinisch indizierten keimzellschädigenden Therapie wie einer Chemo- oder Strahlentherapie bei Krebserkrankungen erfolgt.“ (van der Ven/Pohlmann/Hößle 2017, S. 10)

Als erster Schritt der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen müssen kontrolliert durch eine ovarielle (Ovar = der Eierstock) Stimulation mittels Hormongabe (die Frau spritzt sich ca. 10 Tage lang stimulierende Hormone) eine ausreichende Anzahl an Ovarien (=Eizellen) produziert werden, die entnommen und eingefroren werden können (vgl. Nawroth 2015, S. 9). Die Entnahme der Ovarien findet als zweiter Schritt transvaginal unter einer kurzen Narkose statt. Im Anschluss an die Entnahme werden die Eizellen darauf hin untersucht, ob sie reif genug sind, um eingefroren werden zu können (vgl. ebd. S. 9 f.). Die reifen Eizellen werden in einem dritten Schritt dehydriert und dann in flüssigen Stickstoff (-196 °C) getaucht (ebd. S. 13 ff.). Die so eingefrorenen Eizellen werden in dafür vorgesehenen Behältern (zeitlich unbegrenzt) gelagert (vgl. ebd. S. 16). Soll mit den kryokonservierten Eizellen eine Schwangerschaft herbeigeführt werden, müssen diese mit einem speziellen Verfahren wieder aufgetaut werden (vgl. Cobo et al. 2016; S. 756), um in einem vierten Schritt mittels einer intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) befruchtet zu werden.

Das Verfahren der ICSI stellt ein etabliertes Verfahren sogenannter assistierter Reproduktion (assisted reproductive technology: ART) im Repertoire der Reproduktionsmedizin dar, bei dem eine Samenzelle mittels einer Pipette unter einem Mikroskop in eine Eizelle eingeführt wird, um diese zu befruchten. Davon zu unterscheiden ist die In-Vitro-Fertilisation (IVF), bei der Eizelle und Samenzelle sich außerhalb des Körpers ohne äußeren Einfluss selbst befruchten. Da für die

Vitrifikation der Eizellen die Cumuluszellen (eine Art Zell-Hülle) zur Feststellung des Reifegrades zuvor entfernt wurden, ist für eine spätere Befruchtung nur das Verfahren der ICSI möglich (vgl. Nawroth 2015, S. 17). Bis zu drei so befruchteter Eizellen werden dann nach erfolgter Befruchtung wieder in den weiblichen Körper eingesetzt.⁵ Die Gesamtkosten für das Verfahren belaufen sich, je nachdem, wie viele Stimulationszyklen zur Entnahme nötig sind und wie lange die Eizellen gelagert werden, auf 10.000–15.000 Euro (von Wolff 2013, S. 223). Zu der Anzahl der Frauen in Deutschland, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen, gibt es unterschiedliche Schätzungen, jedoch keine konkreten Zahlen und keine übergreifende Statistik, da Eingriffe aktuell an keiner Stelle ‚zentral‘ registriert werden. Während Dr. Katrin van der Ven, Gynäkologin und Reproduktionsmedizinerin in einem Interview mit dem Deutschlandfunk im März 2018 schätzt, dass jährlich ca. 300 Frauen in Deutschland so ihre Eizellen kryokonservieren lassen (vgl. Wagner 2018 auf Deutschlandfunk), schätzt Dr. Jörg Puchta, ebenfalls Reproduktionsmediziner, in einem Interview mit dem SPIEGEL die Anzahl der Frauen bundesweit pro Jahr auf unter 10.000 (vgl. SPIEGEL ONLINE 2019). Die Schätzungen der von mir im Rahmen dieser Studie interviewten Reproduktionsmediziner_innen belaufen sich auf 5–300 Frauen pro Zentrum pro Jahr.⁶

Ein großes Thema öffentlicher und fachlicher Diskussionen sind die Wahrscheinlichkeiten und Chancen, durch ‚Social Freezing‘ später schwanger zu werden. Michael von Wolff schätzt diese auf Basis eines Datensatzes von 134 gemeldeten Kryokonservierungen unbefruchteter Eizellen ohne ‚medizinische‘ Indikation, die dem Netzwerk „FertiPROTEKT“ im Jahr 2013 gemeldet wurden, und der Erfahrungen aus anderen Verfahren der ICSI auf 40 % pro Stimulation für Frauen, die jünger als 35 Jahre sind, auf 30 % für Frauen, die zwischen 35 und 39 Jahre alt sind und auf 15 % für Frauen, die zwischen 40 und 45 Jahre alt sind (vgl. Wolff et al. 2015b).

Auch die ‚demographischen‘ Profile der Frauen, die ‚Social Freezing‘ als Methode in Anspruch nehmen, wurden 2013 erfasst und besprochen:

-
- 5 Das sogenannte Embryonenschutzgesetz sieht vor, nicht mehr als drei Embryonen pro Zyklus zu übertragen, um das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften größer als drei zu vermeiden (vgl. Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz 1990).
 - 6 Zahlen zur Häufigkeit der in Deutschland vorgenommenen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen werden in jährlichen Berichten vom Deutschen IVF-Register D-I-R veröffentlicht. Auf Anfrage nach Zahlen zu ‚Social Freezing‘ verwies das D-I-R auf das Netzwerk FertiPROTEKT, das fertilitätsprotektive Maßnahmen erfasst. Das Netzwerk FertiPROTEKT sammelte zu Beginn der Aufmerksamkeit für ‚Social Freezing‘ Daten dazu, konzentrierte sich dann jedoch nach eigenen Angaben wieder auf die Behandlung von Krebspatient_innen vgl. FertiPROTEKT 2018. Somit werden aktuell an keiner Stelle zentral Daten zum ‚Social Freezing‘ erfasst.

TABELLE 2**Charakteristika der behandelten Frauen und Therapieergebnisse^{*1}**

Charakteristika	Therapieergebnisse
Behandlungen, n	134
Alter < 35 Jahre, n (%)	35 (26,12 %)
Alter 35–39 Jahre, n (%)	68 (50,75 %)
Alter ≥ 40 Jahre, n (%)	31 (23,13 %)
Akademiker ^{*2} , n (%)	81/106 (76,4 %)
bereits eigene Kinder ^{*2} , n (%)	3/79 (3,8 %)
in einer Partnerschaft ^{*2} , n (%)	23/117 (19,7 %)
1 Stimulationszyklus durchgeführt, n (%)	99 (73,9 %)
2 Stimulationszyklen durchgeführt, n (%)	29 (21,6 %)
3 Stimulationszyklen durchgeführt, n (%)	5 (3,7 %)
4 Stimulationszyklen durchgeführt, n (%)	1 (0,8 %)
Oozyten/Stimulationszyklen < 5, n (%)	32 (23,9 %)
Oozyten/Stimulationszyklen 5–10, n (%)	44 (32,8 %)
Oozyten/Stimulationszyklen > 10, n (%)	58 (43,3 %)
Oozyten/Gesamtbehandlung < 10, n (%)	70 (52,2 %)
Oozyten/Gesamtbehandlung 10–20, n (%)	45 (33,6 %)
Oozyten/Gesamtbehandlung > 20, n (%)	19 (14,2 %)

n, Anzahl

^{*1} Bezogen auf die im Jahr 2013 behandelten Frauen; Therapieergebnisse laut FertiPROTEKT-Register^{*2} Daten liegen nicht von allen 134 Behandlungen vor.**Abb. 1** „Charakteristika der behandelten Frauen und Therapieergebnisse“, vgl. Wolff et al. 2015b, Tabelle 2, S. 29

Die meisten der 134 Frauen (die Hälfte) sind zwischen 35 und 39 Jahre alt, drei Viertel sind Akademikerinnen, von denen wenige schon ein (eigenes) Kind haben und von denen ein Fünftel in einer Partnerschaft sind. Die meisten der Frauen haben einen Stimulationszyklus durchführen lassen, in dem sie mehr als zehn Eizellen produziert haben. Insgesamt liegen bei der Hälfte der Frauen eine Anzahl von weniger als zehn Eizellen, bei den anderen mehr Eizellen auf Eis.

In der Fachliteratur wird ferner häufig die Frage gestellt, ob die Methode Auswirkungen auf die Gesundheit der durch sie geborenen Kinder haben kann. Zu ‚Social Freezing‘ ist die Lage noch unklar, da derzeit kaum auf Studien zurückgegriffen

werden kann (vgl. Nawroth 2015, S. 25 f.). Bislang wird auf Zahlen zur Fehlbildungsrate nach ICSI und anderweitiger Kryokonservierung zurückgegriffen, weil ‚Social Freezing‘ in seinen Grundlagen, außer der Kryokonservierung der Eizellen über einen unbestimmten Zeitraum, der Methode der ICSI entspricht. Dort kann jeweils kein erhöhtes Fehlbildungsrisiko festgestellt werden (ebd.). Die Frage wird als offen dargestellt, ob die Konstellation der Partner_innen für ‚Social Freezing‘ einen Einfluss auf dieses Risiko hat, oder ob es damit einhergehend epigenetische Veränderungen durch die Partner_innen oder die Einfrierdauer gibt (vgl. ebd., S. 36).

Im Laufe der letzten vier Jahrzehnte hat sich das, was zu Lousie Browns Geburt ein technischer Durchbruch war, ‚normalisiert‘ und ist zur Standard-Methode der Reproduktionsmedizin geworden. Die Technik hinter ‚Social Freezing‘ ist also kein Novum, es ist hauptsächlich das *Anwendungsgebiet* der Methode, um das es im Diskurs geht. Die Reproduktionsmedizin blickt dabei in der sozialwissenschaftlichen Erforschung auf eine Tradition verschiedener Blickwinkel zurück, die ich nun knapp zusammenfasse, bevor ich die Fragestellung dieser Studie entfalte.

‚Social Freezing‘ im sozialwissenschaftlichen Licht der Reproduktionsmedizin

Auch in der sozialwissenschaftlichen, philosophischen, kulturalanthropologischen und feministischen Auseinandersetzung mit Reproduktionsmedizin stellt die Geburt Louise Browns einen Wendepunkt dar:

„Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß mit dieser Geburt ein medizinischer Durchbruch gelungen war, dessen Bedeutung sich nicht auf den *technischen* Erfolg beschränkte. Allein aufgrund seiner symbolischen Dimension – ein bisher im Dunkel des Körpers sich vollziehender Prozeß war ans Licht des Laboratoriums gebracht und der technischen Kontrolle unterworfen – überragt die In-vitro-Befruchtung das Normalmaß technischer Innovation; zugleich bildet sie nur den Beginn einer Entwicklung, in der der gesamte menschliche Fortpflanzungsprozeß Schritt um Schritt technisch verfügbar wird.“ (Bayertz 1987, S. 9, Hervorhebungen im Original)

Durch den Prozess des Ans-Licht-Bringens, wissenschaftlich Beschreibens und Verfügbarmachens der Fortpflanzung (vgl. auch Duden 1987; Foucault 1973) wurden Grenzen verschoben, die bis dahin als unveränderbar galten. Dies sind Grenzen dessen, was als natürlich, und was als künstlich galt und gilt (vgl. etwa Rheinberger/Müller-Wille 2009; Weiß 2009).

Dies beinhaltet auch immer Vorstellungen von Geschlecht und Natur und konkrete gesellschaftspolitische Auswirkungen und Folgen, die mit der Technisierung der Fortpflanzung einhergehen. Diese sind eines der zentralen Themen der Frauen- und Geschlechterforschung und der Gender Studies. Im Folgenden sollen nun

einige Perspektiven feministischer Forschung zur Reproduktionsmedizin umrissen werden, damit nachvollzogen werden kann, auf welcher Grundlage diese Studie den Diskurs um ‚Social Freezing‘ analysiert und wie die Fragestellung dieser Studie zustande gekommen ist (vgl. auch Rödel 2014).

Noch vor der Geburt Louise Browns begrüßt Sulamith Firestone (*The Dialectic of Sex* 1970) jegliche Formen der Reproduktionsmedizin als Befreiung und fordert: „The freeing of women from the tyranny of their reproductive biology by every means available“ (ebd. S. 233). Die Unterdrückung der Frauen könne erst dann ein Ende finden, wenn diese nicht mehr durch ihre körperlichen Voraussetzungen dazu gezwungen sind, zu gebären. Alle technologischen Mittel, die dazu beitragen seien ermächtigend und befreiend. Diese radikal-feministische Forderung stieß auf reichlich Gegenwehr. Firestone wurde unter anderem vorgeworfen, die Strukturen der Macht zu unterschätzen und auszublenden, die für andere im Zentrum der Aufmerksamkeit standen und stehen (vgl. Rödel 2014, S. 67). Hier werden die Formen der Ausbeutung untersucht, die in der patriarchalen Medizin zum Machtverlust von Frauen führen, was Gena Corea im Bild der „Mutter-Maschine“ verdeutlicht (1986). Ökofeministinnen wie Maria Mies (1985) sehen die Ausbeutung der Frau an die Ausbeutung der Natur gekoppelt. Sie kritisiert in diesem Zusammenhang die Auswirkungen reproduktionstechnologischer Bevölkerungspolitik auf die Dritte Welt (vgl. Hofmann 2003).⁷

In den unterschiedlichen Blickwinkeln stehen sich ermächtigende Chancen und Gefahren der Ausbeutung, Verkörperung und Entkörperung, Agency und Machtlosigkeit gegenüber:

7 Wenn man den Diskurs um ‚Social Freezing‘ oder andere Diskurse in der Reproduktionsmedizin untersucht, darf nie die globale Perspektive aus den Augen verloren werden (vgl. Rabinow/Rose 2016). Im Bereich der Fortpflanzungsmedizin kommen dabei extrem unterschiedliche Blickwinkel und Erfahrungswelten zusammen, die ineinander verstrickt sind. Das Feld der Reproduktionsmedizin ist ein global vernetztes, das mit allerhand komplexen Beziehungen zu tun hat, die auch zu Ausbeutungen und Missbrauch führen können. So führen rechtliche Restriktionen in reichen westlichen Ländern wie Deutschland beispielsweise dazu, dass diese im Ausland umgangen werden können (vgl. etwa Beck-Gernsheim 2013). Von der Eizellspende in Südafrika (vgl. Namberger 2017) bis zur Leihmutterchaft in Indien ist es dank reproduktionstouristischer Möglichkeiten kein Problem, Teile der Reproduktion (verhältnismäßig) kostengünstig auszulagern (vgl. Hochschild 2015). Die Verzahnung moderner Technologie und normativer Vorstellungen zeigt sich nicht zuletzt in der Nutzungsweise von Technologie wie beispielsweise zur Geschlechterselektion in Südkorea (vgl. Joung 2009), oder der Bestimmung ‚passender‘ Hautfarben in der Praxis der Eizellspende in den USA (vgl. Thompson 2009), vgl. insgesamt zum Thema Ginsburg/Rapp 1995.

„Bis heute repräsentieren diese beiden Einschätzungen der Reproduktionsmedizin die Spannungspole der feministischen Auseinandersetzung, wenngleich sich die theoretischen Begründungen und Bezugnahmen im Zuge des linguistic turn sowie sozialkonstruktivistischen, poststrukturalistischen und queerfeministischen Ansätzen geändert haben.“ (Rödel 2014, S. 67)

Eine Forschungsperspektive, die für die Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘ von besonderer Bedeutung ist, fragt danach, wie Wissen, Wissenschaft, Technologie, Körper und Geschlecht im Lichte der Reproduktionsmedizin zusammenhängen (vgl. auch Rödel 2014).⁸

Die Anthropologin Rayna Rapp untersucht beispielsweise mit „Testing the Woman testing the fetus“ (1999), wie durch Testverfahren pränataler Untersuchungen nicht nur neues Wissen entsteht, sondern die Frauen als „moral pioneers“ auch durch das Wissen für immer ihre ‚Unschuld‘ verlieren, nichts gewusst zu haben. Sie müssen Entscheidungen treffen, die ihnen später zugerechnet werden und die jenseits alltäglicher Moralvorstellungen liegen (vgl. ebd.). Diese Entscheidungszuschreibungen und Responsibilisierungen im Bereich der genetischen Beratung untersucht auch Silja Samerski, die nachzeichnet, wie sich die emanzipierende Idee der Autonomie zur Pflicht zur informierten Entscheidung verwandelt (ebd. etwa 2010). Charlotte Ullrich beschreibt anhand der Praxis von Kinderwunschbehandlungen, wie Kinderwunsch in der Reproduktionsmedizin zur „medikalisierten Hoffnung“ wird (ebd. 2012). Auch hier werden Paare in Kinderwunschbehandlungen vor neue Verantwortungen und Entscheidungszusammenhänge gestellt. Ähnlich untersucht Sarah Franklin ethnographisch, wie sich anhand von Reproduktionstechnologien Vorstellungen von Familie, Elternschaft und auch Verwandtschaft verändern und dabei Verständnisse von Biologie und Technologie in Frage gestellt werden (ebd. 2013; vgl. auch Knecht 2008). Zum einen seien, wie Emilyy Martin es für Vorstellungen von Ei- und Samenzellen beschrieben hat (Martin 1991), heteronormative und sexistische Bilder und Beschreibungen maßgeblich (vgl. Franklin 1995), doch bergen neue Reproduktionstechnologien auch das Potenzial, neue Formen von Familie und Verwandtschaft zu denken (ebd. 2003; vgl. auch Rödel 2014). Charis Thompson zeichnet mit ihrer „ontologischen Choreografie“⁹ der Reproduktions-

8 Die Arbeiten Michel Foucaults (etwa 1973; 1983; 1994) und Barbara Dudens (1987; 2007) sind dabei insofern von großer Bedeutung, als dass sie jeweils die historische Genese von Körpervorstellungen unter dem Einfluss von Technologie untersuchen. Sie werden im Verlaufe dieser Studie immer wieder aufgenommen. An dieser Stelle soll jedoch ein Augenmerk explizit auf die Forschung zu Reproduktionsmedizin gelegt werden, um die Entstehung der Fragestellung nachvollziehen zu können.

9 Hierauf werde ich noch einmal gesondert in Kapitel 2.1 eingehen (vgl. S. 22).

technologien anhand von Interviews mit Kinderwunschpatient_innen nach, wie im Spannungsverhältnis zwischen Natur und Kultur Elternschaft jeweils angepasst an die eigene Situation mit Sinn aufgeladen wird (ebd. 2005). Die knapp angerissenen feministischen Auseinandersetzungen mit Reproduktionsmedizin zeigen, mit welchen Einflüssen und Blickwinkeln der bisher wenig erforschte Diskurs um ‚Social Freezing‘ als Teil dessen betrachtet wird:

„Reproduktions(medizin) bildet ein Amalgam, in das grundlegende gesellschaftliche Vorstellungen von Natur, Technologie und Geschlecht ebenso einfließen, wie geschlechtsspezifische Arbeitsteilung, Trennungen in privat und politisch, Anrufungen an autonome Subjekte etc.“ (Rödel 2014, S. 65)

Entfalten der Fragestellung und Aufbau der Studie

Der Ursprung dieser Studie liegt in der 2013 begonnenen medialen Aufmerksamkeit für das damals in Deutschland (in Bezeichnung und Anwendung) neue Phänomen ‚Social Freezing‘. Nach einer kurzen Beobachtung der medialen Berichterstattung wurde klar, dass es sich hierbei um ein Thema handelt, innerhalb dessen viele alte, aber auch neue oder anhaltend geführte Debatten zu Tage treten, die nun geballt und konzentriert anhand dieser (vermeintlich) neuen Technologie geführt wurden. So ging und geht es, um nur einige der verhandelten Themen zu benennen, um die Grenzen der (weiblichen) Natur, die es nun zu überwinden gilt (oder eben explizit nicht zu überwinden gilt), um demographische Entwicklungen hin zum höheren Alter bei Erstgeburten, um das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Karriere (oder Erwerbsarbeit) oder um weibliche Emanzipation (und deren Grenzen). Es ließ und lässt sich schnell beobachten, dass es in der öffentlichen Diskussion stets um Grenzen geht, die neu gezogen werden, sich verhärteten, durchlässiger werden, gelockert werden oder nicht überwunden werden sollen. Diese Studie interessiert sich genau für diese Grenzen und geht davon aus, dass der Diskurs, in dem solche Grenzen verhandelt werden, etwas über Vorstellungen, Kategorien und Bilder aussagt, die er hervorbringt und die ihn bestimmen (Foucault 1997).

Meine grundlegende Frage ist daher: *Wie wird ‚Social Freezing‘ diskursiv verhandelt? Ferner frage ich: Welche Kategorien, Vorstellungen und Bilder werden dabei produziert? Wie wird Wissen hergestellt? Wie wird beispielsweise über Technologie gesprochen? Welche Vorstellungen von Alter und von Geschlecht werden produziert? Auf welchen Ebenen wird die viel bediente ‚Natur‘ des menschlichen – hier insbesondere des weiblichen – Körpers zur Erklärung herangezogen? Wie taucht Medizin im Diskurs um ‚Social Freezing‘ auf? Werden Grenzen gelockert, verflüssigt und somit gar als nun überwindbar verhandelt? Wird Wissen bestätigt, verfestigt*

und werden gar neue Grenzen gezogen? Oder bewegt sich der Diskurs in ganz neuen Verhältnissen und Sphären?

Dabei ist es neben der Identifizierung der Grenzen, die in Bewegung geraten, wichtig nachzuvollziehen, inwiefern Kategorien im Diskurs zusammenhängen, entgegenstehen, sich gegenseitig bedingen oder vielleicht nicht ohne einander denkbar sind.

„Social Freezing“ wird dabei als biopolitische Praxis verstanden, die als eine spezifische Form der Macht auf die Regulierung und Führung von Individuen und der Bevölkerung zielt (vgl. Foucault 1994; Lemke 2008a; Sängers/Rödel 2012). Diese Praxis ist immer schon in ihren Anlagen eine stark vergeschlechtlichte insofern, als dass sich die öffentliche Aufmerksamkeit wie auch der reproduktionsmedizinische Diskurs ausschließlich an Cis-Frauen¹⁰ richtet, deren Fruchtbarkeit, Verantwortung oder Vereinbarkeitsproblematiken verhandelt und zugeschrieben werden.

„Eine ‚Analytik der Biopolitik‘ (Lemke) und der Geschlechterverhältnisse richtet ihre Perspektive auf die Prozesse der lebenswissenschaftlichen, demografischen und statistischen Wissensproduktion und die dadurch geschaffenen Interventionsmöglichkeiten und nimmt im Zuge der Analyse gouvernementaler Techniken die Wirkungen und materiellen *Effekte* von Machttechnologie auf der Ebene vergeschlechtlichter Subjekte, der Bevölkerung und von Mikropraktiken der Grenzziehung in den Blick.“ (Sängers/Rödel 2012, S. 13, Hervorhebungen im Original)

Es sind für diese Studie vor allem die „Mikropraktiken der Grenzziehung“ im Diskurs um ‚Social Freezing‘, auf die ein besonderes Augenmerk gerichtet werden soll. Untersucht werden sollen Grenzziehungen in einem Bereich, in dem Expert_innen-Wissen produziert wird: die Reproduktionsmedizin selbst. Im Fokus steht der reproduktionsmedizinische Diskurs um ‚Social Freezing‘ und die Grenzziehungen von, wie Barbara Meili es bezeichnet, „Experten der Grenzziehung“ (ebd. 2008). Das Feld der Medizin spielt in der Verhandlung von ‚Social Freezing‘ deshalb eine so große Rolle, weil sie nicht nur der Ort ist, an dem ‚Social Freezing‘ als Technologie passiert, sondern auch der Ort, an dem Wissen hergestellt¹¹ und

10 Der Begriff der Cis-Frauen oder Cis-Männer bezeichnet, dass die Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt einer Person zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Volkmars Sigusch hat diesen 1991 eingeführt, um als Analogie zu transsexuell geschlechtliche ‚Normalität‘ in Frage zu stellen (vgl. ebd.). Ich verwende in dieser Studie häufig die Begriffe ‚Mann‘ und vor allem ‚Frau‘ und meine damit, ohne es explizit zu machen, die cis-Geschlechtlichkeit mit, die im Diskurs um ‚Social Freezing‘ produziert wird. Wie noch zu zeigen sein wird, ist der Diskurs sehr heteronormativ aufgeladen.

11 Sie ist selbstverständlich nicht der einzige Ort, an dem Wissen hergestellt wird. Medien, Alltag, biologische Labore, Universitäten etc. gehören ebenso dazu.

wirkmächtig verbreitet wird. Nicht zuletzt ist es deshalb von großer Bedeutung, den (reproduktions)medizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ zu untersuchen, weil die Wahrnehmung des Phänomens in Deutschland alleine durch die Namensgebung des Begriffs als ‚social‘ im Gegensatz zu ‚medizinisch‘ stark von einem Spannungsfeld der Selbstverhandlung und des Wandels geprägt ist, in dem sich die Medizin aktuell befindet.

Empirische Grundlage dieser diskursanalytischen Studie, die sich auf theoretische Grundlagen nach Foucaults Biopolitik und Gouvernementalität und den Ideen der Science and Technology Studies stützt, sind unterschiedliche Materialsorten aus dem reproduktionsmedizinischen Diskurs. Diese Diskursfragmente bestehen aus Interviews mit Reproduktionsmediziner_innen, Websites anbietender Kinderwunschzentren und Beobachtungen reproduktionsmedizinischer Fachveranstaltungen. Methodologisch und methodisch orientiert sich diese Studie am Diskursbegriff Michel Foucaults (etwa 1983; 1991; 1997)¹² und der sozialwissenschaftlichen Analyse von Diskursen nach Reiner Kellers Wissenssoziologischer Diskursanalyse (etwa 2008a). Als Auswertungsmethode diente die Grounded Theory nach Glaser und Strauss (2010), die um die reflexiv darauf aufbauenden Aspekte der Situationsanalyse nach Adele Clarke erweitert wurde (ebd. 2012).

In der deutschsprachigen sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzung gibt es bislang nur sehr vereinzelt Forschung zu ‚Social Freezing‘. Desirée Schmidt untersucht beispielsweise aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive Bilder und Vorstellungen von Kindern und Kindheit im medialen Diskurs um ‚Social Freezing‘ (ebd. 2018). Claudia Bozarro (2013) beschäftigt sich aus einer bioethischen Perspektive mit der Frage, warum Frauen die Technologie in Anspruch nehmen und führt dabei modernisierungstheoretische Begründungen wie beispielsweise Individualisierung und Entscheidungszurechnung an. Elisabeth Beck-Gernsheim widmet 2016 in ihrem aus einer Vorlesung entstandenen Buch „Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder“ ‚Social Freezing‘ ein Kapitel. Sie vergleicht zum einen die emanzipierenden Versprechen von ‚Social Freezing‘ mit den Verheißungen der Pille, die bei beiden Phänomenen ähnlich sind. Ähnlich seien auch die daraus entstehenden neuen Verantwortungszuschreibungen. Auf diese Aspekte wird im Laufe der Studie noch einmal eingegangen werden. Zum anderen stellt Beck-Gernsheim die Methode insofern in Frage, als dass sie mehr verspreche, als sie am Ende halten könne. Sie verweist auf geringe Wahrscheinlichkeiten mit

12 In diesem Verständnis geht die Studie nicht davon aus, dass theoretische Annahmen und methodologische Grundlagen zu trennen sind. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit sollen diese in Kapitel 2 getrennt voneinander, sich jedoch aufeinander beziehend und sich verschränkend präsentiert werden.

eingefrorenen Eizellen später schwanger zu werden und auf die hohen Kosten, die dafür in Form von Nebenwirkungen der Behandlung und finanziellem Aufwand entstehen (vgl. ebd. S. 49–68).

Für die deutschsprachige Forschung zu ‚Social Freezing‘ schließt die vorliegende Studie damit nicht nur eine Forschungslücke, sie bildet eine Grundlage systematischer Beschäftigung mit dem Phänomen.¹³

In Kapitel 2 werden sowohl die theoretischen (Kapitel 2.1) wie auch methodologischen (Kapitel 2.2) Grundlagen näher beleuchtet und das Material vorgestellt (Kapitel 2.3), das im Rahmen der Forschung erhoben wurde. Die Kapitel 3, 4 und 5 bilden den Kern der Studie, in denen am Material der Diskurs um ‚Social Freezing‘ nachgezeichnet wird. Anhand der Frage, wie über ‚Social Freezing‘ gesprochen wird, wurden drei große Themenblöcke beobachtet, anhand derer der Diskurs geführt wird. Dabei nimmt Kapitel 5 eine Sonderrolle ein. Während Kapitel 3 und 4 eine Art Problemaufrisse im Umgang mit ‚Social Freezing‘ darstellen, laufen alle Stränge der Verhandlung in Kapitel 5 zusammen, das Erzählungen von Problemlösungen oder auch von Strategien für die in Kapitel 3 und 4 entfalteten Probleme, Dilemmata und Paradoxien versammelt.

Kapitel 3 handelt von einer Unterscheidung, die im Diskurs um ‚Social Freezing‘ eine tragende Rolle spielt und sich, wie ich bereits erwähnt hatte, schon in der deutschen Begriffsbezeichnung wiederfindet: die zwischen Medizin (Kapitel 3.1) und Lifestyle (Kapitel 3.2) oder auch zwischen ‚medizinischen und nicht-medizinischen‘ Indikationen des Eingriffs der Kryokonservierung von Eizellen. Diese Unterscheidung beinhaltet Aushandlungen und Grenzziehungen der Legitimation ärztlichen Handelns in einer entgrenzten Medizin, das den Diskurs bestimmt (vgl. Wehling/Viehöver 2011). Die Legitimation erfolgt über die Bewertung verschiedener Motive zum einen von Mediziner_innen und zum andere von Patient_innen. In dieser Verhandlung entfaltet sich eine Paradoxie, die im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ zentral ist: es ist die Erzählung, dass Frauen, die für die Behandlung aufgrund ihrer ‚jungen‘ körperlichen Voraussetzungen ‚optimaler‘ Weise in Frage kommen würden, (noch) keinen Bedarf an ‚Social Freezing‘ haben, während die Frauen, die sich für die Methode interessieren, meist aufgrund ihres Alters schon nicht mehr die ‚besten‘ biologischen Voraussetzungen haben. Diese Paradoxie zeigt den Stellenwert der Kategorie *Alter*, die ebenso zentral ist, und die im darauf folgenden Kapitel entfaltet wird. Am Ende jedes der großen drei empirischen Kapitel soll ein kurzes Freeze-Kapitel dazu dienen, die jeweiligen Inhalte noch einmal kurz zusammenzufassen und, auf die Fragestellung dieser Studie

13 Auf internationale Forschung zum Thema ‚Social Freezing‘ wird in Kapitel 2 noch einmal genauer eingegangen.

bezogen, zu reflektieren (hier 3.3). Während Kapitel 3 inhaltlich mit der im Diskurs verhandelten Frage zusammengefasst wird: *Was kann/soll Reproduktionsmedizin leisten*, geht es in Kapitel 4 wesentlich um die Frage: *Was vermag Technologie zu leisten und wo sind ihr natürliche, gesellschaftliche oder nicht zuletzt moralische Grenzen gesetzt?*

Kapitel 4 fasst Narrative der Verhandlung körperlich-biologischer Gegebenheiten und deren technologische Überwindbarkeit zusammen. ‚Social Freezing‘ taucht als Technologie auf, die Lebensläufe entzerren und technologisch die Grenzen der Fruchtbarkeit ausweiten soll. Im Zuge dessen wird ausführlich die biologische Komponente der Paradoxie von ‚Social Freezing‘ besprochen und weiblicher Fruchtbarkeitsverlust als lebenslanger ‚Verfallsprozess‘ ausgeführt. Es werden dabei nicht nur Altersgrenzen gezogen, ab wann Frauen *unfruchtbar* sind und ‚Social Freezing‘ ‚keinen Sinn‘ mehr macht (4.1), sondern auch solche, bis zu welchem Alter Eizellen höchstens wieder eingesetzt werden sollen (4.2). ‚Biologische Risiken‘ werden dabei lokalisiert und potentielle ‚biographische Risiken‘ antizipiert. Anschließend werden wieder in einem kurzen Freeze-Kapitel die Ergebnisse knapp zusammengefasst, reflektiert und mit denen aus Kapitel 3 zusammengedacht (4.3).

Kapitel 5 beschäftigt sich mit dem Thema der *Aufklärung*. *Aufklärung* (und oft auch Beratung) erscheint als eine Art *Lösung* der Probleme, die die Reproduktionsmediziner_innen im Zuge der Verhandlungen der eigenen Profession und der zu behandelnden Patientinnen zwischen Medizin und Lifestyle (Kapitel 3) und den damit zusammenhängenden Bewertungsdynamiken zwischen biologischen Gegebenheiten und technologischen Möglichkeiten (Kapitel 4) als Strategie erzählen. Wenn sich die Problematisierungen aus Kapitel 3 und 4 damit zusammenfassen lassen, dass mit ‚Social Freezing‘ das große Problem der ‚falschen‘ Patientin einhergeht, wird in Kapitel 5 die Frage der Reproduktionsmediziner_innen nachgezeichnet: *Wie kann diese ‚falsche‘ Patientin vermieden werden?* *Aufklärung* taucht im Diskurs auf unterschiedlichen Ebenen auf, die sich zum einen zusammenfassen lassen mit einer alltagsrelevanten *Aufklärung* als ‚informed consent‘, die der Abschreckung ‚falscher‘ Patientinnen dient (5.1) und zum anderen mit der Ebene von *Aufklärung* als Bevölkerungsstrategie, die ein Ideal zur Folge haben soll, das als Lösung für alle Problematisierungen im Diskurs auftaucht: die ‚aufgeklärte‘ Patientin (5.2). Anhand einer Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin (vgl. Graumann 2004) kann noch einmal gezeigt werden, für welche Probleme der ärztlichen Selbst-Verhandlung im Diskurs um ‚Social Freezing‘ *Aufklärung* als Lösung auftritt (5.3).

In Kapitel 6 werde ich die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie zusammenfassen, die Fragestellung beantworten und diskutieren, *wie* der Diskurs um ‚Social Freezing‘ geführt wird, welche Kategorien verhandelt und welche Grenzen gezogen

werden. Anschließend daran ziehe ich ein Fazit und gebe einen Ausblick auf weitere mögliche Forschung.

Wie entfaltet sich also der reproduktionsmedizinische Diskurs um ‚Social Freezing‘, dieses neue Phänomen zwischen der Befreiung von Frauen aus der Tyrranei ihrer reproduktiven Biologie (Firestone 1970) und neuen Irreführungen und Verantwortungszuschreibungen (Beck-Gernsheim 2016)? Die folgende Studie versucht, diese und viele andere Fragen zu beantworten und ein Licht auf die vielfältigen, ambivalenten Grenzziehungen zu werfen, die in diesem Diskurs vorgenommen werden. Zunächst werde ich die Forschungsperspektive entfalten, mit der ich arbeite und mich dem Diskurs genähert habe.

Die Erforschung des Diskurses um ,Social Freezing': Theorie, Methodologie, Methode

2

Die Frage dieser Studie danach, *wie der Diskurs um ,Social Freezing' geführt wird*, impliziert bereits den forschungsleitenden Blick auf den Diskurs, der sich dafür interessiert, welches Wissen, welche Bilder und welche Verständnisse von etwa Natur, Technologie, Reproduktion, Körpern, Alter oder Geschlecht darin produziert werden.

Im Folgenden wird deshalb das theorie- und methodengeleitete Grundverständnis dieser Studie dargelegt und das Material vorgestellt, anhand dessen der Diskurs um ,Social Freezing' untersucht wird. Beginnen werde ich damit, die theoretischen Grundlagen zu beleuchten und im Zuge dessen auf relevante Forschung in den jeweiligen Bereichen eingehen (Kapitel 2.1). Michel Foucaults Begriff von Bio-Macht (vgl. etwa 1983, 2000) und die damit verwobenen Grundannahmen der (Feminist) Techno Science Studies (vgl. Weber 2006; Bauer et al. 2017) stellen das theoretische Grundgerüst dar. ,Social Freezing' wird, Foucault folgend (1983), als biopolitische Praxis im Bereich der Reproduktionsmedizin verstanden, die die Grenzen dessen zu verschieben scheint, was als ,künstlich', ,natürlich', ,menschlich' oder ,normal' gilt. Über das Sprechen und Verhandeln eines Phänomens wie diesem werden diskursiv Bilder, Kategorien, Verständnisse und Wissen produziert. Aus den beiden Strängen der Biopolitik und der Science and Technology Studies geht der relativ junge Forschungsbereich der Cryopolitics hervor (vgl. Radin/Kowal 2017), in dessen Rahmen ,Social Freezing' in seinen Besonderheiten erforscht werden kann. Im Zuge dessen werde ich ebenso auf den bisherigen internationalen Forschungsstand zu ,Social Freezing' eingehen. Die Diskurstheorie Foucaults (1991, 1997, 2003), die davon ausgeht, dass alles Wissen der und über die Welt diskursiv vermittelt ist, ist hier Theorie und Methode zugleich (Kapitel 2.2). Reiner Kellers Wissenssoziologische Diskursanalyse (etwa 2008a, 2008b, 2011a, 2011b) bietet dafür den methodologischen Rahmen, der Foucaults Grundannahmen in ein so-

zialwissenschaftliches Forschungsprogramm übersetzt. Als Auswertungsmethode diente dabei die Grounded Theory (Glaser/Strauss 2010; Strübing 2014) und reflexiv darauf aufbauend die Situationsanalyse nach Adele Clarke (2012, 2015). Damit war es im Prozess der Forschung möglich, unterschiedliche Erhebungsmethoden und Materialsorten als Diskursfragmente des reproduktionsmedizinischen Diskurses um ‚Social Freezing‘ als „Situation“ zu vereinen (ebd. 2012). Die Kombination der Materialsorten hat sich aus dem Forschungsprozess ergeben und lässt nicht nur ein sehr differenziertes und detailreiches Bild der reproduktionsmedizinischen Verhandlungen des Themas ‚Social Freezing‘ zu, sondern birgt auch forschungspraktische Schwierigkeiten und Herausforderungen (Kapitel 2.3). Die Materialsorten bestehen aus Websites anbietender Kinderwunschzentren, die einer multimodalen Websiteanalyse unterzogen wurden (vgl. Pauwels 2011; Meßmer 2017), teilnehmenden Beobachtungen reproduktionsmedizinischer Veranstaltungen (vgl. etwa Breidenstein et al. 2013) und schließlich aus Expert_innen-Interviews (vgl. Bogner et al. 2014) mit Reproduktionsmediziner_innen. Eine Kombination dieser Materialsorten macht den Datenkorpus dieser Studie aus.

2.1 Die Rahmung: Theorie und Forschungsstand

Im Folgenden erläutere ich nun knapp die theoretischen Grundannahmen, ohne die Analyse zu stark vorwegzunehmen. Weiter ausgeführt werden die hier kurz entfalteten Begrifflichkeiten und Anschlüsse später im Laufe der Studie an den Stellen, an denen sie zur Analyse herangezogen werden.

Biopolitik und Gouvernamentalität

„In diesem Jahr möchte ich die Untersuchung von etwas beginnen, was ich leichtfertig die Bio-Macht genannt habe (...) das Ensemble von Mechanismen, durch die das, was in der menschlichen Art seine grundlegenden biologischen Züge ausbildet, in das Innere einer Politik, einer politischen Strategie, einer allgemeinen Machtstrategie eintreten kann; anders gesagt wie die Gesellschaft, die modernen abendländischen Gesellschaften seit dem 18. Jahrhundert, der grundlegenden biologischen Tatsache Rechnung getragen haben, daß das menschliche Wesen eine menschliche Art bildet.“ (ebd. 2006, S. 13)

So beginnt Michel Foucault 1978, zwei Jahre nach der Veröffentlichung von „Sexualität und Wahrheit I. Der Wille zum Wissen“ seine unter dem Titel „Sicherheit, Territorium, Bevölkerung“ bekannt gewordenen Vorlesungen am Collège de France. Zwei Jahre

zuvor definiert er Bio-Macht als den „Eintritt des Lebens in die Geschichte – de[r] Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken“ (ebd. 1983, S. 137). Michel Foucault analysiert in „Sexualität und Wahrheit I“ das Aufkommen dieser Form von Macht, um herausfinden zu können, „(...) wie sich ein bestimmter Typ des Wissens über den Sex gebildet hat (...)“ (ebd. 1983 [1977], S. 93). Dabei versteht er Macht nicht als souveräne, repressive, lokalisierbare oder institutionalisierte Form; Macht ist ebenso produktiv, da sie die Dinge erst hervorbringt (vgl. etwa 1976b, 1983, 1994, 2005). Foucault interessiert sich vielmehr für die Möglichkeitsbedingungen einer Macht, deren „Wirken bis in die ‚periphersten‘ Verzweigungen“ reicht, eine „Vielfältigkeit von Kräfteverhältnissen“ und für die „Strategien, in denen sie zur Wirkung gelangen“ (ebd. 1983, S. 93). Bekanntermaßen beschreibt Foucault diese Form von Macht, deren Entstehungsbedingungen er untersuchen möchte, und die „das alte Recht, sterben zu machen oder leben zu lassen“ in die Macht „leben zu machen oder in den Tod zu stoßen“ verwandelte als *Bio-Macht* (ebd. S. 134). In den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit politischer Interventionen gerät nun *das Leben, die Gattung, die „menschliche Art“*. Die Fokussierung auf das Leben entwickelt sich für Foucault aus zwei Polen: zum einen aus der im 17. Jahrhundert beginnenden Disziplinierung, Nutzbarmachung und Leistungssteigerung menschlicher Körper¹⁴, der „politischen Anatomie des menschlichen Körpers“ (ebd. S. 135), zum anderen aus der Fokussierung auf die Bevölkerung, der Überwachung und Aufzeichnung ihrer Gesundheit, Fortpflanzung und Sterblichkeit seit Mitte des 18. Jahrhunderts, der „Bio-Politik der Bevölkerung“ (ebd. 1983, S. 135). Der Sex ist hierbei deshalb das Beispiel der Untersuchung Foucaults, weil ihm eine Scharnier-Funktion zwischen den beiden Polen zukommt. Sex¹⁵ und Sexualität sind zum einen eine höchst private Angelegenheit, die Subjekte erst hervorbringt, die sich darüber identifizieren und wahrnehmen und zum anderen eine höchst öffentliche insofern, als dass beispielsweise Fortpflanzung und Bevölkerungszahlen ins Zentrum politischen Interesses rücken (ebd., S. 140).

Die Verantwortung, die aus dieser sich neu formierenden Form der Macht hervorgeht, liegt nun nicht mehr (nur) beim Souverän (beispielsweise dem Staat), sondern verteilt sich auch auf die Bevölkerung und deren Subjekte selbst. Die „Norm“ ist es dabei, deren Kraft stärker wird und die ihren Zweck erfüllt:

14 Vergleiche dazu Foucaults Ausführungen zur Disziplinierung von Körpern in „Überwachen und Strafen“ (1994 [1976]).

15 Sex ist dabei nicht nur im Sinne des Geschlechtsaktes oder des Lustvollen gemeint, sondern auch in einem wissenschaftlichen und gesellschaftlich-allgemeinen Sinne des Wortes vgl. ebd. S. 13 in der Fußnote.

„Eine andere Folge dieser Entwicklung der Bio-Macht ist die wachsende Bedeutung, die das Funktionieren der Norm auf Kosten des juristischen Systems des Gesetzes gewinnt. Das Gesetz kann nicht unbewaffnet sein, und seine hervorragendste Waffe ist der Tod. Denen, die es übertreten, antwortet es in letzter Instanz mit dieser absoluten Drohung. Hinter dem Gesetz steht immer das Schwert. Eine Macht aber, die das Leben zu sichern hat, bedarf fortlaufender, regulierender und korrigierender Mechanismen. Es geht nicht mehr darum, auf dem Feld der Souveränität den Tod auszuspielen, sondern das Lebende in einem Bereich von Wert und Nutzen zu organisieren. Eine solche Macht muß eher qualifizieren, messen, abschätzen, abstufen als sich in einem Ausbruch manifestieren. Statt die Grenzlinie zu ziehen, die die gehorsamen Untertanen von den Feinden des Souveräns scheidet, richtet sie die Subjekte an der Norm aus, indem sie sie um diese herum anordnet. (...) eine Normalisierungsgesellschaft ist der historische Effekt einer auf das Leben gerichteten Machttechnologie.“ (ebd. S. 139)

Das Schwert einer das Lebendige in den Fokus rückenden Bio-Macht besteht also aus historisch voraussetzungsreichen Normen, anhand derer Verhalten und Seinsweisen reguliert und organisiert werden. Foucault widmet seine Aufmerksamkeit dem Sex, aufgrund seiner oben schon erwähnten Funktion als „Scharnier zwischen den beiden Entwicklungsachsen der politischen Technologie des Lebens“ (ebd. S. 140), auf der einen Seite also den Körper einzelner Subjekte betreffend, sogar als Zugang zum eigenen Selbst, auf der anderen Seite als Kernelement und Regulierungsfaktor einer Bevölkerung.¹⁶

‚Social Freezing‘ bewegt sich als Technologie der Fortpflanzungsmedizin genau innerhalb dieser Macht-Mechanismen, die sich zwischen der Disziplinierung von Subjekten und der Regulierung der Bevölkerung aufspannt. Bio-Macht steht bei Foucault auch für eine Kunst des Regierens (2006), in der es vor allem darum geht, wie liberale Regierungsformen auf die Bevölkerung und auf das Subjekt zugreifen. Diese Kunst des Regierens nennt Foucault *Gouvernementalität* (vgl. ebd. 2006). Sie impliziert, dass die Macht in das Körperinnere übergeht (vgl. ebd.) und nicht als solche wahrgenommen wird. In der Sorge, um im Beispiel von ‚Social Freezing‘ zu bleiben, um die eigene Reproduktion, das Verantwortlichsein für die eigene Fruchtbarkeit und die Identifikation des eigenen Selbst damit, kann ‚Social Freezing‘ als Technologie des Selbst gelesen werden (ebd. 1993). Körper werden dabei als

16 In diesem Sinne verwirft Foucault in „Sexualität und Wahrheit 1“ die am Anfang des Buches ausgeführte Repressionshypothese, die besagt, dass die Sexualität nach dem offenen und befreiten Mittelalter bis zum 17. Jahrhundert im bürgerlichen 19. Jahrhundert unterdrückt wurde. Der Sex sei nie unterdrückt gewesen, so Foucault, es habe im Gegenteil im Zuge der Verwissenschaftlichung des Sexes sogar eine „diskursive Explosion“ um ihn herum gegeben (ebd. S. 23).

diskursiv hervorgebracht verstanden und als Zielscheibe politischer Interventionen betrachtet (ebd. 1994).¹⁷

Unter dem Stichwort der Gouvernamentalitätsstudien (oder Gouvernementality Studies) hat sich daran anschließend ein Forschungsprogramm entwickelt, das sich auf die kritische Analyse von Selbst- und Bevölkerungs-Regierung konzentriert und die Idee der Gouvernementalität weiter ausarbeitet (vgl. etwa Bröckling et al. 2000; Lemke 2008b; Angermüller/van Dyk 2010 oder Burchell et al. 1991).¹⁸ Im Mittelpunkt dieser Arbeiten steht Foucaults Begriff der *Regierung*, auf den er sich ab Ende der 70er Jahre konzentriert:

„Mit ihm [dem Begriff der Regierung, J.F.] führt er eine neue Dimension in seine Machtanalyse ein, die es ermöglicht, Machtbeziehungen unter dem Blickwinkel von ‚Führung‘ zu untersuchen, (...). Seine innovative Kraft bezieht der Begriff vor allem aus der ‚Scharnierfunktion‘, die Foucault ihm zuspricht: Erstens konzipiert er Regierung als Bindeglied zwischen strategischen Machtbeziehungen und Herrschaftszuständen (...). Zweitens vermittelt der Regierungsbegriff zwischen Macht und Subjektivität. Auf diese Weise wird es möglich, zu untersuchen, wie Herrschaftstechniken sich mit ‚Technologien des Selbst‘ verknüpfen. Drittens bietet er ein wichtiges Analyse-Instrument zur Untersuchung der von Foucault immer wieder herausgestellten Macht-Wissens-Komplexe. Dafür prägt Foucault den neuen Begriff der *Gouvernementalität*, der Regieren (‚gouverner‘) und Denkweise (‚mentalité‘) semantisch miteinander verbindet.“ (Lemke et al. 2000, S. 8, Hervorhebungen im Original)

Was Foucault unter dem Begriff „neoliberale Gouvernementalität“ (ebd. 2004; Lemke 2000) diskutiert, wird von Nikolas Rose unter dem Begriff der „risc politics“ (ebd. 2001) oder von Thomas Lemke als „Regierung der Risiken“ weiterentwickelt. Zu beobachten sei, dass sich die „(...) ‚Sicherheitstechnologie‘ zunehmend von der Referenz auf Bevölkerungskörper löst, um durch ein Unsicherheitsmanagement

17 „Technologie“ wird in doppelter Weise verstanden: Zum einen im zuvor erläuterten Sinne von Technologien des Selbst (Foucault 1993) als eine Art Regierung des eigenen Körpers, als Selbstführung und machtvollen Strategien des Handelns und Eingreifens, das das Selbst als Subjekt erst diskursiv hervorbringt. Zum anderen wird Technologie als wissenschaftlich technischer Begriff benutzt. ‚Social Freezing‘ kann immer beides sein. Eine Technologie in dem Sinne, als dass es sich um eine Technologie des Selbst handelt, bei der Reproduktion zur Sorge einzelner Subjekte wird und auch Technologie im technischen Sinne von Gerätschaften, Methoden, Verfahren und Technik der Reproduktionsmedizin (vgl. Ulrich 2012, S. 74).

18 Mit diesen Perspektiven geht ein Verständnis von Körpern einher, die damit aus einer „Wechselbeziehung zwischen Fremd- und Selbsttechniken, das heißt zwischen Normalisierungs- und Anerkennungszwang einerseits sowie subjektivierender Selbstformung in mehr oder minder kreativen und/oder widerständigen Praktiken andererseits.“ bestehen (Alkemeyer/Villa 2010, S. 318 f.).

der (individuellen und kollektiven) Subjekte abgelöst zu werden.“ (Lemke 2000, S. 257; vgl. auch Castel 1983).

So stellen beispielsweise Paul Rabinow und Nikolas Rose im Anschluss an Foucaults Untersuchung des Sexes für die letzten Jahrzehnte fest, dass sich Reproduktion und Sex in den Möglichkeiten technologischer Eingriffe begonnen haben voneinander loszulösen (vgl. Rabinow/Rose 2016, S. 313). Reproduktion als Objekt von Wissen, Technologien und politischen Strategien habe nur noch wenig mit Sexualität zu tun. Vielmehr werde sie zum individuellen, kollektiven, technologischen, politischen, rechtlichen und ethischen Problemfeld und damit zu einem biopolitischen Bereich „par excellence“ (vgl. ebd.). ‚Social Freezing‘, das wird sich im Laufe der Studie zeigen, nimmt einen Platz genau in diesem Feld aus individueller, kollektiver, technologischer und politischer Verhandlungen und Spannungen ein. Im Sinne gouvernementaler Strategien braucht es kaum politische Interventionen, die Fortpflanzung kontrollieren, sie liegen in Form von Risiken, Wahrscheinlichkeiten und damit verbundenen Verantwortlichkeiten in den Händen der Subjekte selbst.

Die Grenzen zwischen Natur und Kultur/Technologie sind eines der zentralen Themen der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit Biopolitik (vgl. dazu etwa Lemke 2013; van den Daele 2005; Liebsch/Manz 2010). Vor allem sind es die Felder der Reproduktionsmedizin (vgl. Ullrich 2012; Rödel 2014; Inhorn/van Balen 2002; Franklin/Ragone 1998), der Humangenetik (vgl. Kollek/Lemke 2008; Samerski 2010, Kalender 2012; Keller 2000) oder der plastischen Chirurgie (vgl. Villa 2013, Davis 2008, Gilman 2001), die sozialwissenschaftlich als biopolitische Arenen erforscht werden (vgl. van den Daele 2005). Doch auch weitere Felder wie beispielsweise Behinderung (vgl. etwa Waldschmidt/Schneider 2007), Körpergewicht (vgl. etwa Schmidt-Semisch/Schorb 2008) oder Organspende (vgl. etwa Motakef 2011) sind Inhalt sozialwissenschaftlicher Auseinandersetzung.

Thomas Lemkes Beschäftigung mit Biopolitik und dessen Anschlüsse an Foucault sind für diese Studie von besonderer Bedeutung. Lemke arbeitet mit einem relationalen Begriff von Biopolitik, der weder politizistische noch biologistische Grundannahmen in den Vordergrund stellt (vgl. ebd. 2008a; 2013).

„Anders als in der naturalistischen Position vorausgesetzt, stellt das Leben keine stabile ontologische und normative Referenz dar. Spätestens mit den biotechnologischen Innovationen zeigt sich, dass Lebensprozesse in einem Maße gestaltbar geworden sind, das jede Vorstellung einer vom menschlichen Handeln unberührten Natur überholt erscheinen lässt. In dieser Hinsicht kann Natur nur noch als integraler Bestandteil von Natur-Gesellschaftsverhältnissen begriffen werden. Andererseits wird aber auch immer deutlicher, dass Biopolitik für eine signifikante Veränderung des Politischen steht. Das Leben ist nicht mehr nur Gegenstand politischen Handelns

und tritt mit diesem in ein äußerliches Verhältnis, sondern affiziert den Kern des Politischen.“ (ebd. 2008a, S. 79)

Mit diesem Foucault'schen Begriff von Biopolitik untersucht Lemke verschiedene Arenen und Felder biopolitischer Wissensproduktion wie die Molekularbiologie oder die Präimplantationsdiagnostik. Lemke schlägt für den Bereich der Gendiagnostik vor, die „Genetifizierung‘ der Gesellschaft als eine ‚Regierung genetischer Risiken‘ zu begreifen“ (ebd. 2008b, S. 129). Im Zuge dessen können „Wahrheitsregime“, „Machtstrategien“ und „Selbsttechnologien“ identifiziert werden, die auch den Diskurs um ‚Social Freezing‘ anleiten. Analog dazu könnte ‚Social Freezing‘ zumindest für die Hälfte der Bevölkerung – Frauen – als ‚Regierung reproduktiver Risiken‘ betrachtet werden.

Nikolas Rose sieht in einer Neukonfiguration von Kontrolle die Fortentwicklung aktueller Biopolitik (ebd. 2001). Er schreibt biopolitische Entwicklungen an Foucault anschließend mit drei Begriffen weiter: 1. Biopolitik als Risikopolitik („Biopolitics as Risk Politics“, Übersetzungen: Andrea Hemminger in Folkers/Lemke 2014), da in modernen medizintechnologischen Settings das eigene Risiko-Management eine zentrale Rolle einnimmt (vgl. ebd. S. 2 ff.). Das risiko-politische Management sich selbst betreffender Risiken im Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist ein zentrales Motiv. Sowohl in der Bewertung von Risiken ‚nicht-medizinisch‘ indizierter Eingriffe (vgl. Kapitel 3), als auch in der Produktion von Wissen über Risiken, die weibliche Körper und dessen Substanzen bereithalten und die eine potentielle Mutter und ein potentielles Ungeborenes betreffen (vgl. Kapitel 4) und nicht zuletzt in der Verhandlung von Autonomie und Verantwortung (vgl. Kapitel 5) werden neue Formen von Risiko-Politik sichtbar. Hinzu kommt 2. Biopolitik als Molekularpolitik („Biopolitics as Molecular Politics“), die die biopolitische Einnahme des Körperinneren durch Technologie beschreibt (vgl. ebd. S. 12 ff.). Im Falle von ‚Social Freezing‘ wird der weibliche Körper erneut auf spezifische Weise durch den ärztlichen Blick (vgl. Foucault 1973) Objekt wissenschaftlicher Zugriffe und Wissensproduktionen. In der Entnahme, Bearbeitung und Beschreibung von Eizellen, kann eine Form der Molekularpolitik nachgezeichnet werden, die Risiken des weiblichen Körpers differenziert (vgl. Kapitel 4). Als letzten Begriff erweitert Rose um 3. Biopolitik als Ethopolitik („Biopolitics as Ethopolitics“), insofern, als dass moralische und ethische Bewertungen und Selbsttechniken in neuer Form auftreten (vgl. ebd. S. 17 ff.). Der Diskurs um ‚Social Freezing‘ eröffnet vielfach, vor allem für Reproduktionsmediziner_innen in Deutschland – so eine These der vorliegenden Studie –, ganz neue ethische und moralische Fragen ‚medizinischer‘ Notwendigkeiten (Kapitel 3), Fragen von Risiken (Kapitel 4) und Fragen der Verantwortung (Kapitel 5).

Ebenso sind viele Felder der Frauen- und Geschlechterforschung für diese Studie zentral, die biopolitische Themen bearbeiten. Lange Zeit war hier die Frage, wie biopolitische Zugriffe auf das Leben und den Körper mit Geschlechterordnungen einhergehen und sich verschränken in der Forschung unterrepräsentiert (vgl. Sängler/Rödel 2012).

„Neben der Bezugnahme auf die Ausführungen Foucaults zum Sexualitätsdispositiv haben eine Vielzahl von Arbeiten aus der Frauen- und Geschlechterforschung bzw. den Gender Studies gezeigt, dass in der Moderne Geschlechtskörper durch (bio-) medizinische Wissenspraktiken naturalisiert und auf hierarchische Weise verge-schlechtlicht werden.“ (ebd., S. 11)

Im Anschluss an Foucaults Machtanalytik kann *Geschlecht*, als diskursiv durch Macht-Wissenskonstellationen hergestellt, dekonstruiert werden (vgl. etwa Butler 1991; Honegger 1996; Bublitz 2012; Laufenberg 2012). Die prominentesten theoretischen Anschlüsse an Foucaults Konzepte für die Gender Studies kommen dabei von Judith Butler (1991; 1997) und Donna Haraway (1995).

Judith Butler entwickelt in „Das Unbehagen der Geschlechter“ (1991) unter anderem sprachtheoretisch die Diskurstheorie Foucaults weiter und bezieht diese auf die radikale Dekonstruktion von Geschlecht als natürlich Gegebenes. Subjekte und Identitäten werden so als Effekte von Diskursen verstanden, die intelligibel, also anschlussfähig sein müssen, um lebbar zu sein (ebd. 1991; 1997).

„In diesem Sinn wird, was die Fixiertheit des Körpers, was seine Konturen und Bewegungen ausmacht, etwas ganz und gar Materielles sein, aber die Materialität wird als die Wirkung von Macht, als die produktivste Wirkung von Macht überhaupt, neu gedacht werden.“ (ebd. 1997, S. 22)

Auch Butler schließt an Foucaults Verständnis von *Körpern* als diskursiv produzierte an. Grenzen dessen, was als natürlich oder künstlich gilt und andere Dichotomien dieser Art geraten durch diese Perspektive ins Wanken. Die Vorstellung von Körpern und vor allem Geschlechtskörpern, die von ‚Natur aus‘ einfach sind, werden so zur „ontologischen Konstruktion“ (ebd. 1991, S. 21). Materialität ist ein Diskurseffekt und bringt das hervor, was vorstellbar ist und schließt damit automatisch aus, was nicht lebbar ist.

Unter den Vorzeichen biotechnologischer Möglichkeiten ist es auch interessant nachzuzeichnen, wie *Alter(n)* in einer ganz spezifischen Temporalität – immer aktuell geschehend und für die Zukunft antizipiert – im Diskurs evident wird (vgl. Hartung 2005). Wie in vielen anderen Diskursen und Feldern auch, nimmt die Kategorie Alter(n), ähnlich der Kategorien Geschlecht und Körper, einen natura-

lisierten und ins Vorsoziale verschobenen ontologischen Charakter an (vgl. etwa Helfferich 2017).¹⁹ Wie Cheryl Laz (1998) formuliert, ist Alter im Alltags- (und lange Zeit auch noch soziologischen) Verständnis eine Kategorie, die als unhinterfragbar und beobachtbar ‚natürlich‘ und gegeben angesehen wird. Anhand der Aufforderung „Act your Age“ macht Laz allerdings anschaulich klar, dass auch Alter als Konstrukt wahrgenommen werden muss, das einer Performance bedarf, weil man sich demgemäß *verhalten* muss. Kinder sollen sich nicht wie Babys verhalten, Erwachsene nicht kindisch und so fort (vgl. ebd. 1998, S. 86).

“Age is an act, a performance in the sense of something requiring activity and labour, and age is normative. Whether we do it well or poorly, according to the dominant rules or not, our accomplishment of age – indeed age itself – is always collective and social. However, age is not simply shaped by social forces; it is constituted in interaction and gains its meaning in interaction and in the context of larger social forces.” (ebd. 1998, S. 86)

An diesen handlungstheoretischen Ansatz anschließend können Alter(n) und damit verbundene Abbauprozesse als sozial konstruiert im Gegensatz zu ‚natürlich‘ vorgelagert evident werden (vgl. etwa Katz 1996; Biggs/Powell 2009). In Foucaults Diskurtheorie sehen Simon Biggs und Jason L. Powell die Möglichkeit der kritischen Analyse diskursiver Herstellung von Alter als Macht-Wissens-Komplexe. Besonders die Rolle von Expert_innen und der Herstellung von Wissen über Alter(n) kann dabei reflektiert und dekonstruiert werden:

“‘Professionals’ in neo-liberal societies are key interventionists in societal relations and in the management of social arrangements pursue a daunting power to classify with consequences for the reproduction of knowledge about aging and simultaneous maintenance of power relations.” (Powell/Wahidin 2006, S. ix)²⁰

19 Mone Spindler untersucht dekonstruktivistische und materiell-dekonstruktivistische Konzepte der feministischen Forschung auf deren Anwendbarkeit für die Sozialgerontologie (ebd. 2007, S. 80). Gerade im Bereich feministischer oder etwa kritischer, post-strukturalistischer Perspektiven wird deutlich sichtbar, dass im Vergleich zur angelsächsischen in der deutschsprachigen Forschungslandschaft große Defizite herrschen. In einem 2017 erschienenen Sammelband zu Alter(n) und Geschlecht vereinen die beiden Herausgeberinnen Tina Denninger und Lea Schütze Beiträge, die intersektional die Wechselwirkung dieser beiden und anderen Differenzkategorien neu konzeptualisieren wollen und somit dazu beitragen, die Forschungslücke zu schließen.

20 In der an Foucault anschließenden Beschäftigung mit Alter(n) ist es wie auch in der Soziologie des Alter(n)s allgemein meist das ältere Alter, das Inhalt der Untersuchungen und Theoretisierungen ist (vgl. etwa Katz 1996; Biggs/Powell 2009 oder Powell/Wahidin 2006). Die Besonderheiten der Verhandlung von Alter(n) im Diskurs um ‚Social Freezing‘,

Alter(n) wird somit der Status als biologisch zwangsläufiger Prozess genommen und gleichzeitig werden seine sozialen Konstruktionen analysiert. Besonders in der Analyse von Expert_innen-Wissen werden Produktionsweisen von Wissen über Alter(n) sichtbar. Wird Alter mit dieser Perspektive betrachtet, kann nachgezeichnet werden, wie im Diskurs um ‚Social Freezing‘ Alter(n) als Kategorie verhandelt und problematisiert und Wissen über Alter produziert wird.

Darauf werde ich im Laufe dieser Studie zurückkommen. An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass im Diskurs verhandelte Kategorien wie Körper, Geschlecht, Alter²¹, Natur aber auch Technologie als Effekte dieses Diskurses betrachtet werden, deren Grenzen relational verschoben, neu gezogen oder verfestigt werden. Da es sich um eine empirische Studie handelt, gilt es, die Grenzen nachzuzeichnen und nicht vor auszusetzen. Angeschlossen werden soll daher nun mit einer Forschungsrichtung, die Machteffekte und die Dekonstruktion von Dichotomien untersucht und sich dabei für die Produktion von Wissen interessiert: den Science and Technology Studies.

Science and Technology Studies

Im Folgenden bespreche ich die Grundlagen der Science and Technology Studies (STS), die Einfluss auf diese Studie genommen haben.²² Die STS, die sich seit den 1970er Jahren zum einen aus gesellschaftspolitischen Fragestellungen und zum anderen aus wissenschaftlichen Diskursen und Kritik entwickelte, stellt eine relativ

das weniger mit älterem Alter als mit Verfall und der Antizipation von Alter(n) zu tun hat, werde ich ausführlich in Kapitel 4 beleuchten.

- 21 In der Intersektionalitätsforschung wird davon ausgegangen, dass bestimmte Differenzkategorien wie gender, race oder class in Verschränkung mit anderen Kategorien verstanden werden müssen. Wie Gabriele Winker und Nina Degele es vorschlagen, sind gender, race, class und Körper die vier wichtigsten Differenzkategorien, anhand derer sich Herrschaftsstrukturen dynamisch untersuchen lassen, die sich wandelnden Wechselwirkungen unterliegen (ebd. 2009, S. 37 ff.). In dieser Studie soll Paula-Irene Villa gefolgt werden, die vorschlägt, „das Konzept der Intersektionalität von der somatischen Seite des sozialen Lebens her zu denken.“ (ebd. 2010, S. 223) und dabei spezifische Subjektpositionen in verschiedenen empirischen Kontexten ernst zu nehmen: „Wie verleihen Menschen ihren Praktiken in spezifischen sozialen Situationen Sinn, und welche Kategorien verwenden sie dafür? Wie werden also Praktiken vergeschlechtlicht, rassifiziert, sexualisiert, klassifiziert? Wenn wir diesen komplexen – und nicht selten ideologischen – Übergang außer Acht lassen, könnte der theoretische Rahmen Intersektionalität die notwendigerweise fragile, instabile, schlüpfrige Natur dessen verdecken, was wir für ontologisch gegeben halten.“ (ebd. S. 239).
- 22 Zu einer ausführlichen Besprechung verschiedener Einflüsse, Strömungen und Richtungen vgl. etwa Bauer et al. 2017; Beck et al. 2012; Jasanoff et al. 2001; Hackett et al. 2008.

neue interdisziplinäre Forschungsrichtung dar (vgl. Bauer et al. 2017, S. 11). Im Fokus standen vornehmlich technologische Innovationen und deren gesellschaftliche Auswirkungen. Ähnlich Foucaults Aufklärungsskepsis, die sein Arbeiten angeleitet hat (vgl. Foucault etwa 1983, 1994, 1999), steht zu Beginn der Formierung der Science and Technology Studies die Kritik im Mittelpunkt, technologische Innovation mit Fortschritt gleichzusetzen (Bauer et al. 2017, S. 11). Zeitgleich entstand ein wissenschaftliches Umfeld in den Geistes- und Sozialwissenschaften, das die Entstehung der STS erlaubte:

„Zum einen erlaubte die Konjunktur sozialkonstruktivistischer und poststrukturalistischer Theorien in den 1970er Jahren eine kritische Distanz gegenüber positivistischen und realistischen Traditionen in der Wissenschaftstheorie und -philosophie. Zum anderen wurden Praktiken und Orte der Produktion von Wissen in wissenschaftssoziologische Fragestellungen zu den strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen von Wissenschaft einbezogen.“ (Bauer et al. 2017, S. 12)

Die STS als eigenes Forschungsfeld gehen von der Beobachtung aus, dass Technologien und Sozialwissenschaften nicht mehr zu trennen sind. Sie wenden sich im Allgemeinen also gegen den gängigen Dualismus von Wissenschaft/Technologie und Gesellschaft und erkennen die alltägliche Wirkmacht technologischer Fortschritte an (vgl. Haraway 1995; Jasanoff 2006). Ebenfalls wenden sich die Wissenschafts- und Technikforschung und auch die feministische Stoßrichtung gegen die Hierarchisierung wissenschaftlichen Wissens wie beispielsweise der Genetik im Bereich der Medizin.

„Eines der zentralen Anliegen der STS war es in den zurückliegenden Jahrzehnten, feststehende Kategorisierungen und geschlossene Denkmuster zu öffnen, um konventionelle Konzeptualisierungsformen immer wieder in Frage zu stellen. Dies galt für die Unterscheidung zwischen Natur und Gesellschaft, Subjekten und Objekten, Mikro- und Makroperspektiven, Wissenschaft und Gesellschaft, aber auch für die Differenz zwischen Wissenschaft und Technik selbst.“ (Bauer et al. 2017, S. 34)

Zu den wichtigsten Stoßrichtungen und Vertreter_innen der aktuellen Science and Technology Studies gehören unter anderen die Laborstudien Bruno Latours und Steve Woolgars (1986) (vgl. Liburkina/Niewöhner 2017) und im deutschsprachigen Raum Karin Knorr-Cetinas (1991). Die Laborstudien erforschen die Produktion (natur)-wissenschaftlichen Wissens ethnographisch, hinterfragen durch die Offenlegung der Produktionsweisen von Wissen dessen Status als objektiv und legen dadurch Machtmechanismen frei, die zur Produktion von hegemonialem Wissen

und somit Wahrheit führen.²³ Aus den frühen Laborstudien heraus entwickelte sich die Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) (vgl. Liburkina/Niewöhner 2017, S. 186; Schulz-Schaeffer 2017). In der ANT geht es im Kern darum, asymmetrische Betrachtungen des Sozialen aufzulösen und auch nicht-menschliche Akteure zur Erklärung der Produktion von Wissen heranzuziehen (vgl. etwa Latour 1996; Callon 2006). Gerade in Bezug auf Phänomene wie ‚Social Freezing‘ ist es interessant, nicht-menschlichen Akteuren Aufmerksamkeit zu schenken (vgl. Cussins 1996). Die Fragestellung der vorliegenden Studie kann damit um den Fokus auf wissenschaftliches Wissen erweitert werden: *wie wird Wissen diskursiv durch einen Expert_innen-Diskurs hergestellt, der durch die Ausweitung der Anwendungsfelder einer Technologie ausgelöst wurde?* Dabei ist es unumgänglich, im Diskurs um ‚Social Freezing‘ der Bedeutung von beispielsweise Gefriermethoden und Eis, dadurch veränderten Zeitstrukturen, Kryo-Kesseln, Zellen und Körpern Beachtung zu schenken.²⁴ Zuletzt sei als wichtige und einflussreiche Strömung der Science and Technology Studies noch der New Materialism mit der prominentesten Vertreterin Karen Barad zu nennen. Während die Fokussierung auf Objekte und Dinge bei Latour und Verteter_innen der ANT als „Ding-Materialismus“ bezeichnet werden kann, in dem Sinne, dass sie Dingen und Menschen gleichermaßen Handlungsfähigkeit zuschreiben (vgl. Lemke 2017, S. 556 ff.), zielt der „relationale Materialismus“ auf die Untersuchung der Beziehungen zwischen den Menschen und Dingen, die Handlungen erst hervorbringen (ebd. 560 ff.). Barad formuliert damit ein radikales Verständnis von sozialer Wirklichkeit als relational. In der Forschung können auf diese Weise neue Machtbeziehungen, Verständnisse, Praktiken und Prozesse

23 Auf den Spuren dieser Laborstudien konnte ich im Frühjahr 2015 unerwartet bei einer teilnehmenden Beobachtung auf einer Konferenz zum Thema ‚Social Freezing‘ bei einer Führung durch ein reproduktionsmedizinisches Labor teilnehmen. Es konnte dabei nicht nur der Umgang mit ‚Social Freezing‘ im Labor beobachtet werden, auch war es vor allem der Umgang mit menschlichem Material, der für den weiteren Verlauf der Studie wichtig werden sollte). Für einen Überblick über Laborstudien vgl. Doing 2008.

24 Auch die postkolonialen Science and Technology Studies sind an dieser Stelle erwähnenswert, weil sie eine wichtige Richtung innerhalb der STS darstellen. Innerhalb der Wissenschaftsforschung und auch der STS, so die Kritik der postkolonialen STS, bestehe weiterhin ein westlich markiertes Selbstverständnis von Fortschritt, das blinde Flecken hat: „Es geht letztlich darum, mit dem triumphalen Fortschrittsnarrativ von Modernisierung und Entwicklung als unlinearen Prozess zu brechen, dabei aber, und das ist ausschlaggebend, historische und gegenwärtige Machtverhältnisse und Gewaltbeziehungen dezidiert einzubeziehen.“ (Schramm 2017, S. 476f.) Nimmt man Foucaults Analytik der Macht ernst (2005), sind es eben jene Machtverhältnisse, die diskursiv Wirklichkeit hervorbringen.

beobachtet werden, die ansonsten durch kategoriale Setzungen aus dem Blick geraten würden.²⁵

Zur theoriegeleiteten Analyse von ‚Social Freezing‘ sind die Feminist Science and Technology Studies (FSTS) besonders geeignet, da man mit ihnen etwa danach fragen kann, wie Wissen über Geschlecht hergestellt wird, welchen Einfluss Bilder von Geschlecht bei der Wissensproduktion haben, welche Vorstellungen von Geschlecht produziert werden. In den FTSS wurde seit den 1970er Jahren die Frage gestellt, „wem nützen die Veränderungen“ technologischer Innovationen und deren Auswirkungen (vgl. Weber 2017, S. 340)? Zusätzlich dazu stand auch die Erforschung der Vergeschlechtlichung von Technik im Mittelpunkt (ebd.; Harding 1990; Keller 1998).²⁶

„Doch die Analyse geht noch weit darüber hinaus: Feministische STS fragen danach, welcher Rationalität die Wissens- und Konstruktionsprozesse der neuen Technik beziehungsweise Technowissenschaften folgen und was innerhalb ihrer Logik und Weltsicht gewusst und wie gehandelt werden kann. Wie verändern sich unsere Welt- und Selbstwahrnehmung, unsere Sozialität und Körperlichkeit, unsere Hoffnungen und Ängste im Zeitalter der Technoscience?“ (Weber 2017, S. 341)

Diese Frage steht auch im Fokus der vorliegenden Studie, insofern, als dass ich danach frage, wie im Diskurs um ‚Social Freezing‘ Verständnisse von beispielsweise Körpern, Alter oder Geschlecht verhandelt werden. Um es mit Evelyn Fox Keller zu formulieren: „Wir müssen verstehen, wie wissenschaftliche Technologie zu einem Diskurs sowohl beiträgt als auch daraus resultiert.“ (ebd. 1998, S. 14).

Donna Haraways Konzept des Cyborgs (1995b), das zu den wichtigsten Denkfikturen der STS gehört, bezeichnet eine hybride Form beziehungsweise Mischung aus Mensch und Maschine. Es stellt die Ablösung des organischen zum kybernetischen Körper dar und zeigt den Bedeutungsverlust traditioneller Dichotomien wie bei-

25 Cornelia Schadler beispielsweise untersucht so ethnographisch mittels einer posthumanistischen neomaterialistischen Ethnographie der Schwangerschaft, wie Frauen und Männer durch unterschiedliche Praktiken zu Eltern werden (ebd. 2013). Im Zusammenspiel menschlicher und nicht-menschlicher Akteure, werden prozesshaft Männer und Frauen zu Eltern transformiert: „Die ethnographische Beschreibung dieses Werdens zeigt auch die Manifestation traditioneller Konzepte, die in dieser Phase ermöglicht und verstärkt werden.“ (ebd. S. 14).

26 Evelyn Fox Keller unterteilt sehr wirkungsstark die FSTS anhand der Inhalte in die Bereiche Women in Science, die Erforschung der Marginalisierung von Frauen in der Wissenschaft, Science of Gender, die Erforschung von Konstruktionen der Geschlechterdifferenz durch die Wissenschaft und Gender of Science, die Erforschung des Geschlechts der Wissenschaft, die allzu oft männliche Werte und Verständnisse zur Norm hat (vgl. Keller 1995; Weber 2017).

spielsweise natürlich – künstlich auf. Hieraus leiten sich die Problematisierungen der FTSS ab, die eben nicht nur die Alltäglichkeit technologischer Fortschritte aufzeigen sollen, sondern auch die Denaturalisierung von Körpern und Kategorien wie dem Geschlecht bewirken sollen (vgl. Weber 2006). Des Weiteren ist es im Konzept des Cyborgs angelegt, Eingriffe in den Körper ambivalent und nicht mehr nur einseitig als Unterwerfung bzw. Restriktion zu betrachten, sondern auch als Form der Option. Durch die Alltäglichkeit von Technologien verliert die Natur ihre Natürlichkeitsquelle. Aus den Grundlagen der FTSS ergibt sich eine neue Form der Kritik, die ohne traditionelle Dichotomien und Ontologien auskommen möchte. Für die Forschung bedeutet dies, dass Untersuchungsgegenstände, ohne a priori Kategorien vorauszusetzen untersucht werden können, um das Zusammenspiel verschiedener Prozesse auf das *Wie* der Produktion von Wissen und Welt beleuchten zu können.

Annemarie Mol zeigt so zum Beispiel in ihrer viel beachteten Studie „The Body Multiple“, wie im Krankenhaus Krankheiten dadurch entstehen, dass sie je unterschiedlich *getan* werden (vgl. ebd. 2002). Sie geht davon aus, dass im Beispiel ihrer Studie Arteriosklerose in einem Zusammenspiel verschiedener Praktiken im Krankenhaus als Krankheit *vollzogen* wird: „(...) what the book explores is the ways in which medicine attunes to, interacts with, and shapes it's objects in it's various and varied practices.“ (ebd. S.vii). Es geht also darum, nicht das medizinische Wissen an sich zu untersuchen, sondern die Entstehung und die Zusammenhänge, Interaktionen, Prozesse und Verknüpfungen von medizinischem Wissen. So kann das Verständnis von Differenzen wie Krankheit und Gesundheit und deren Grenzziehungen erweitert und am konkreten Material nachgezeichnet werden. Das Nachzeichnen von Differenzen und Grenzen am Material ist es auch, was Aufgabe dieser Studie sein soll. Es wird also nicht darum gehen, Kategorien oder Dichotomien, wie die Unterscheidung Natur/Kultur vorauszusetzen, sondern eher herauszufinden, wie solche in sozialen Praktiken erst hergestellt werden, um sie anschließend pointierter kritisch hinterfragen zu können. Gerade im Bereich naturwissenschaftlicher und medizinischer Technologien wie der Kryokonservierung weiblicher Eizellen ist es dabei die Dichotomie Natur und Gesellschaft/Kultur, die als logische und ontologische Letztbegründung stark ist und deren Grenzziehungen im Laufe der Studie genauer nachgezeichnet werden sollen.

„Durch neues biologisches und medizinisches Wissen und die erweiterten technologischen Möglichkeiten wird der Körper zunehmend als informationelles Netzwerk und Geschlecht als prinzipiell offenes Konstrukt begriffen. Natur verliert in solchen technologischen und wissenschaftlichen Praktiken jeden Anschein von ‚Ursprünglichkeit‘ oder ‚Authentizität‘, sie wird zu einer Baustelle und einem Feld der Gestaltung.“ (Bauer et al. 2017, S.25f.)

Besonders durch die Entnahme von Eizellen im Verfahren des ‚Social Freezing‘ ist es interessant nachzuzeichnen, welche Verständnisse von Körpern jenseits ontologischer Vorstellungen der Abgeschlossenheit transportiert und verhandelt werden. Grenzen verwischen schon allein dadurch, dass etwas entnommen und nicht nur räumlich (aus dem Körper), sondern auch zeitlich (für später) vom Rest der Körpers entkoppelt wird. Körper werden fragmentiert und neukonfiguriert. Dabei ist es auch von großer Bedeutung, mit welchen Verständnissen von Natürlichkeit und Künstlichkeit dies geschieht, da diese hier bereits von vornherein in ihren Grenzen nicht mehr klar zu definieren sind (vgl. Haraway 1995).

Susanne Bauer und Ayo Wahlberg (2009) legen mit „Contested Categories“ eine Sammlung von Studien vor, die der Frage nachgehen, mit welchen Kategorien menschliches Material in einer Welt verhandelt wird, in der Grenzen menschlichen Lebens und menschlicher Körper nicht mehr klar abzustecken und in Bewegung geraten sind. Cecily Palmer versteht dieses in Bewegung geratene körperliche Material als:

“(...) material taken from the human body as ontologically multiple, at times ambiguous entities, negotiated, experienced and manifested differently across contexts and social worlds.“ (ebd. 2009, S. 16)

Insbesondere Kapitel 4 untersucht eben jene Neukonfigurationen von Körpern und dessen Grenzen, die durch die Entnahme und Bewertung menschlichen Materials erfolgen. Dabei soll nachgezeichnet werden, welche Grenzen gezogen werden und wie die teils ambivalenten Bedeutungen des Materials erzeugt werden.

Charis Thompson untersucht in „Making Parents“ (2005) die ‚ontologische Choreographie‘ reproduktiver Technologien. Die Verortung in den STS, die sich im Begriff der ‚ontologischen Choreographie‘ äußert, erlaubt es ihr, die unterschiedlichen auch produktiven Facetten der Reproduktionsmedizin zu erfassen: „Reproduction has rich literal and metaphorical meanings that spill well beyond the biological and permeate the public sphere and intimate lives alike.“ (ebd. S. 8). Der Begriff der ‚ontologischen Choreographie‘ ist ein sehr nützliches Instrument zur Beobachtung von ‚Social Freezing‘ und dem Entstehen von Bedeutungen im Diskurs. Zum einen kann damit nachvollzogen werden, welche Akteure ineinander verwoben Bedeutung erlangen und zum anderen können verschiedene Zeitstrukturen nachvollzogen werden. Thompson weist dabei darauf hin, dass es zwei Elemente sind, die die ontologische Choreographie reproduktionsmedizinischer Eingriffe ausmachen (ebd. S. 9): Zum einen sind es Eigenschaften von Instrumenten und Körperteilen, die im Prozess miteinander in verschiedenen Konfigurationen und Orten interagierend zu neuen Eigenschaften, Bedeutungen und Zuständen (wie

beispielsweise einer Schwangerschaft) führen (ebd. S. 9 f.). Zum anderen sind es unterschiedliche Arten von Zeit, die im Bereich der ontologischen Choreographie in der Reproduktionsmedizin beobachtet werden können. So sind es beispielsweise Menstruationszyklen, Behandlungszyklen, Vorstellungen von biologischem und kalendarischem Alter oder Termine und Fristen die eingehalten werden müssen, die in ihren je eigenen Zeitstrukturen ineinander greifen (ebd. S. 10). Verschiedene Temporalitäten sind es auch beim Phänomen ‚Social Freezing‘, die gerade durch das Freezing, das Anhalten von Zeit, ganz bestimmte Formationen hervorbringen.

Dabei ist nicht zuletzt zu unterschätzen, welche Rolle Expert_innen, wie im Diskurs um ‚Social Freezing‘ Reproduktionsmediziner_innen, in der ‚ontologischen Choreografie‘ von Technologie, um im Bild Thompsons zu bleiben, spielen. Neue Technologien gehen, wie bereits erwähnt, immer auch mit ethischen, politischen oder juristischen Fragen einher, mit denen diese sich auseinandersetzen (müssen) und die einen Einfluss darauf haben, wie mit der Technologie umgegangen wird (vgl. Rose 2001; Rothman et al. 2008). Auch dem möchte ich in der folgenden Studie nachgehen.

Die STS als Forschungsperspektive erlaubt es so, neue Felder, wie hier den medizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘, zu untersuchen und sich dabei auf das Feld einzulassen, ohne Kategorien vorauszusetzen: „Grenzziehungen werden in dieser Forschungsperspektive als Ergebnis oder Produkt von Praktiken begriffen – statt diesen vorauszugehen oder sie anzuleiten“ (Bauer et al 2017, S. 35). Bevor das konkrete Vorgehen dieser Studie zu ‚Social Freezing‘ erläutert wird, stelle ich noch ein weiteres Feld der STS vor, weil sich damit die Bedeutung des ‚freezing‘ konkreter theoretisch fassen lässt.

Cryopolitics und ‚Social Freezing‘

Im Rahmen der STS und Forschung zu biopolitischen Fragestellungen hat sich in den letzten Jahren aufgrund der anhaltenden Konjunktur der Anwendung und Bedeutung moderner Gefriertechniken in unterschiedlichsten biotechnischen Bereichen wie beispielsweise der Stammzellenforschung, der Reproduktion oder der Genforschung das Feld der Cryopolitics (zum Begriff vgl. Bravo/Rees 2006) etabliert (vgl. Radin/Kowal 2017). Joanna Radin und Emma Kowal führen den Begriff in Anlehnung an Foucaults Begriff der Biopolitik ein:

“Cryopolitics intervenes in this axis of life and death to orient attention to a seemingly paradoxical conjunction of the ‘cryo’ and the ‘political’ – suspended animation and action – that produces a zone of existence where beings are made to live and are *not allowed to die*.” (ebd. 2017, S. 6)

Den Tod zu überwinden beziehungsweise zu verschieben ist letzten Endes Ausgangspunkt und Effekt vieler biotechnologischer Maßnahmen. Wie Radin und Kowal es festmachen: „Our interest in cryopolitics is the field of power where the regulation of life is extended indefinitely through technoscientific means such that death appears perpetually deferred.“ (ebd. S. 7). In den unterschiedlichsten Feldern werden dabei Dinge, Gewebe und Materialien mit niedriger Temperatur versehen und auf Eis gelegt, deren Temporalität im Sinne eines Verlangsamens oder Anhaltens beeinflusst werden soll. So stellt die Kryokonservierung vor allem im Bereich der Konservierung nicht-menschlicher Spezies, die dadurch vor dem Sterben oder Aussterben bewahrt werden sollen, oder deren Weiterleben unterbrochen werden soll, ein Mittel dazu dar (vgl. van ebd., S. 257 ff. „Freezing Species“). Ein anderes Feld der Aufmerksamkeit ist das der ‚Kryonik‘, in dem menschliche Organe oder ganze Körper mit dem Ziel eingefroren werden, in der Zukunft wieder aufgetaut zu werden und ihre Funktion wieder aufnehmen zu können (vgl. Bunning 2017). Dabei werden unterschiedliche menschliche Substanzen und Materialien wie beispielsweise Nabelschnurblut, Stammzellen, Blutkonserven, Organe oder Gewebe (vgl. Waldby/Mitchell 2006) eingefroren, um deren Funktionen oder Leben zu verlängern. Es ergeben sich, wie ich im Laufe der Studie noch ausführen werde, verschiedene rechtliche, ethische und moralische Fragen, die sich mit Technologien und Innovationen ändern (vgl. etwa Waldby/Mitchell 2006; Bauer/Wahlberg 2009; Weir 1998). Cryopolitics legen ihren Fokus auf das Zusammenspiel von niedrigen Temperaturen mit der Zeit und stellen damit scheinbar eindeutige Grenzen zwischen Leben und Tod, Natur und Technologie und andere Dichotomien in Frage. „In cryopolitics, low temperatures and indefinite horizons of time combine to create modes of existence defined only by the indeterminacy of their future.“ (S. 8 f.)²⁷

Der Bereich, in dem dies im Zuge dieser Studie geschehen soll, ist der des ‘Social Freezing’, das im Begriff bereits das Einfrieren in sich trägt. Auch hier sollen scheinbar feststehende Tatsachen, Kategorien und Grenzen hinterfragt und beobachtet werden, wie diese im Diskurs verschoben, aufgelöst, festgezogen oder verändert werden. In den letzten Jahren hat sich die internationale Forschung zum Thema der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen zum späteren Gebrauch vervielfacht (vgl. etwa Harwood 2009; Daly/Bewely 2013; Myers 2017).

Catherine Waldby geht anhand von Interviews mit Frauen, die ihre Eizellen haben einfrieren lassen und Mediziner_innen in Krankenhäusern der Frage nach, wie sich die neue Praktik der Kryokonservierung von Eizellen aus nicht-medizinischen Gründen im Themenspektrum von Sexualität, Reproduktion und der politischen

27 Zu (Un)Bestimmtheit als Figur praktischer Problemkonstellationen vgl. Müller/von Groddeck 2013.

Ökonomie von Haushaltsbildungen entfaltet (ebd. 2014). Sie stellt das Einfrieren von Eizellen zum späteren Gebrauch in den Kontext ihres früher formulierten „Tissue Economics Ansatz[es]“ (vgl. Waldbly/Mitchell 2006), der davon ausgeht, dass entnommenes (gespendetes) menschliches Material unterschiedlichen Formen der Produktivität folgt, je nachdem, wo es sich befindet (im Körper von Spender_innen, gelagert oder im Körper von Empfänger_innen): „In each case, tissues are produced, managed, banked and circulated in a system designed to maximise their latent productivity.“ (Waldbly 214, S. 2). Die Entnahme von Eizellen habe sich dahingehend lange Zeit von anderen Gewebearten unterschieden, weil sie eine ganz empfindliche und fragile Substanz sind und sich bis zur Etablierung einer schon zu Beginn erwähnten Schockfrostmethode nicht einfach einfrieren ließen. Im Lichte der Kryobiologie als einem der wichtigsten Zweige moderner Lebenswissenschaften ist es, wie bereits erwähnt, besonders wichtig, sich die Temporalität der Methode genauer anzusehen: „This ability to stop and start biology, to arrest and suspend cellular activity and reanimate it at some future date, involves a rearticulation of the terms of life, its given temporal pathways.“ (ebd. S. 3). Aus den Interviews zieht Waldbly den Schluss, dass Frauen ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen, um ansonsten unvereinbare Differenzen verschiedener Zeit-Sphären zu überwinden, die sich aus ihrer reproduktiven Biologie, dem Voranschreiten des Lebenslaufes und den gestiegenen Ansprüchen und Strukturen von Karrieren und Beziehungen ergeben (ebd. S. 10).

Auch Lauren Jade Martin untersucht in ihrer Studie über „Egg Freezing“ die besonderen Zeitstrukturen insofern, als dass sie „anticipated infertility“ als neue ontologische Kategorie einführt, mit der der Blick darauf geschärft werden kann, wie im Diskurs um das „Egg Freezing“ Frauen auf verschiedene Weise adressiert werden (ebd. 2010). Zum einen werden darin Narrative²⁸ der Notwendigkeit des

28 Roland Barthes fasst den Begriff des Narrativs (hier Erzählung) folgendermaßen zusammen: „Die Menge der Erzählungen ist unüberschaubar. Da ist zunächst eine erstaunliche Vielfalt von Gattungen, die wieder auf verschiedene Substanzen verteilt sind, als ob dem Menschen jedes Material geeignet erschiene, ihm seine Erzählungen anzuvertrauen: Träger der Erzählungen kann die gegliederte, mündliche oder geschriebene Sprache sein, das stehende oder bewegte Bild, die Geste oder das geordnete Zusammenspiel all dieser Substanzen; man findet sie im Mythos, in der Legende, der Fabel, dem Märchen, der Novelle, dem Epos, der Geschichte, der Tragödie, dem Drama, der Komödie, der Pantomime, dem gemalten Bild, (...), der Glasmalerei, dem Film, den Comics, im Lokalteil der Zeitungen und im Gespräch. Außerdem findet man die Erzählung in diesen nahezu unendlichen Formen zu allen Zeiten, an allen Orten, und in allen Gesellschaften; die Erzählung beginnt mit der Geschichte der Menschheit; nirgends gab und gibt es je ein Volk ohne Erzählung; alle Klassen, alle menschlichen Gruppen besitzen ihre Erzählungen, und häufig werden diese Erzählungen von Menschen unterschiedlicher,

Kinderkriegens für alle Frauen und zum anderen Imperative genetischer Verwandtschaft verstärkt (ebd. S. 540). ‚Antizipierte Unfruchtbarkeit‘ wird so zum Risiko, das seine Problemlösung schon bereithält:

“As a tool of risk management, egg freezing is a technomedical remedy of displacement, ameliorating fears of childlessness and the reproductive and genetic unknown at the same time it puts women’s bodies and bank accounts at risk.” (ebd.)

Seema Mohapatra beleuchtet kritisch aus juristischer Sichtweise im Lichte verschiedener öffentlicher euphorischer Ermächtigungsnarrationen der Potentiale durch Social Freezing²⁹, Chancen und Risiken, die mit der Technologie und ihren Versprechungen einhergehen. Sie schreibt:

“Certainly, we should not view egg freezing technology as a panacea that obviates the need to address gender inequities that force women into a children-or-career dilemma. I examine this technology through the lens of relational autonomy to understand the context within which women are making the ‘liberating’ choice to freeze their eggs.” (ebd. 2014, S. 383)

Sie fordert im Sinne dieser „relational autonomy“ eine erweiterte Form des ansonsten gebräuchlichen Begriffs des „informed consent“, der Patient_innen im Falle des ‚Social Freezing‘ besser aufklärt, um falsche Hoffnungen zu vermeiden. Das Konzept des „informed consent“, der Patient_innenautonomie und der Aufklärung sind Themen, die die für diese Studie interviewten Reproduktionsmediziner_innen am deutlichsten verhandeln. Kapitel 5 ist diesen Themen gewidmet. Das Motiv der falschen Hoffnung und falscher Versprechungen zieht sich durch mein gesamtes Material und taucht immer wieder im Laufe der Studie auf.

Rajani Bhatia und Lisa Campo-Engelstein (2018) untersuchen die Biomedikalisierung von ‚Social Freezing‘ seit 2012 und stellen dabei bioethische Standpunkte zweier Vereinigungen für Reproduktionsmedizin in Europa und in den USA gegenüber. Während die größte reproduktionsmedizinische Gesellschaft in Europa,

ja sogar entgegengesetzter Kultur gemeinsam geschätzt: Die Erzählung schert sich nicht um gute oder schlechte Literatur: sie ist international, transhistorisch, transkulturell und damit einfach da, so wie das Leben.“ (ebd. 1988). Für eine ausführlichere Betrachtung von Narrativen in der Sozialforschung vgl. Czarniawska 2013.

- 29 Die Anthropologin und Feministin Marcia C. Inhorn rief beispielsweise junge Frauen 2013 bei CNN dazu auf, darüber nachzudenken, ihre Eizellen einfrieren zu lassen, um das Kinderkriegen auf später zu verschieben. Im für sie schwierigen Alter zwischen 35 und 40 könnten sich ambitionierte Frauen so auf ihre Karrieren konzentrieren (vgl. Inhorn 2013; vgl. auch Mohapatra 2014).

die European Society of Human Reproduction (ESHRE), in einer Stellungnahme ‚Social Freezing‘ im Namen reproduktiver Autonomie und Gerechtigkeit duldet, rät die American Society for Reproductive Medicine (ASRM) aufgrund unzureichender Datengrundlagen und Bedenken falscher Hoffnungen ab:

“Shifts in both professional bioethics and mass media discourses that catalysed these processes employed a distinctive feminist script for support of statist pronatalism in Europe and a Lean In vision of gender equality in the corporate workplace in the United States.” (ebd. S. 21).³⁰

Dieser Vergleich ist im Rahmen der Studie deshalb von hoher Relevanz, weil ein internationaler Vergleich von Narrativen der reproduktionsmedizinischen Diskurse hier nicht möglich war. Während die Daten der Studie von Bhatia Campo-Engelstein auf einer Analyse bioethischer Stellungnahmen und Artikeln beruhen, konzentriert sich die vorliegende Studie auf den reproduktionsmedizinischen Diskurs hauptsächlich in Deutschland.

Um die Erforschung dieses Diskurses und das methodologische Grundverständnis, das dabei forschungsleitend war, soll es nun folgend gehen. Ich werde damit beginnen, Michel Foucaults Diskursbegriff zu entfalten.

2.2 Zur Analyse von Diskursen: Methodologie und methodisches Vorgehen

„Der Diskurs ist genauso in dem, was man nicht sagt, oder was sich in Gesten, Haltungen, Seinsweisen, Verhaltensschemata und Gestaltungen von Räumen ausprägt. Der Diskurs ist die Gesamtheit erzwungener und erzwingender Bedeutungen, die die gesellschaftlichen Verhältnisse durchziehen.“ (Foucault 2003, S. 186)

Michel Foucaults Diskursanalyse stellt weder eine reine Theorieperspektive dar, noch ist sie als reine Forschungsmethode zu verstehen, sondern vereint beides un-

30 Diese „Lean In vision“ wurde besonders prominent von Sheryl Sandberg, einer der Geschäftsführer_innen der Facebook Inc. in ihrem kontrovers diskutierten Buch „Lean In: Women, Work and the Will to Lead.“ ausformuliert. Kern dieses Prinzips ist es für Frauen, sich im Namen der Gleichberechtigung beruflich (und in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf) besonders stark ‚reinzuhängen‘, um Ungleichbehandlungen auszugleichen und zu bekämpfen. Im Zuge dieses ‚Reinhängens‘ sei ‚Social Freezing‘ ein Mittel zum Zweck, das Frauen auf dem Weg zur Gleichberechtigung in Erwägung ziehen sollten, so eine These des Buches (vgl. ebd. 2013).

trennbar in einer Forschungsperspektive, mit der Diskurse und Wissensformationen untersucht werden können (Keller 2011a, S. 65).

Für die Erforschung des Phänomens ‚Social Freezing‘ ist der Diskursbegriff Foucaults deshalb so wichtig, weil mit dem Blick auf den Diskurs die Entstehungsbedingungen, Zusammenhänge, Verständnisse und Ausschlüsse untersucht werden können, die das Feld ausmachen. Der Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist dabei eben nicht nur als Formation verschiedener Aussagen, sondern historisch gewachsen und geworden im Kontext vieler unterschiedlicher anderer Diskurse zu verstehen. Diese Studie fragt nach den Gegenständen und ihren Bedingungen, die ein spezifisches Sprechen und Denken über ‚Social Freezing‘ ausmachen. Mit welchen Verständnissen seiner Gegenstände der Diskurs geführt wird, ist aus dieser Perspektive die forschungsleitende Frage. Im Folgenden werde ich die methodologischen und methodischen Grundlagen dieser Studie beleuchten. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller (vgl. Keller etwa 2008a, 2008b, 2011a, 2011b) diene dabei als sozialwissenschaftliches Forschungsprogramm, das in seiner Verwurzelung unter anderem den Verständnissen von Wirklichkeit und Diskursen Michel Foucaults folgt. Die Grounded Theory nach Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (2010 [1967]) und Teile der reflexiven Weiterentwicklung in der Situationsanalyse nach Adele Clarke (2012) wurden dabei als Auswertungsmethode benutzt, die es erlaubt, verschiedene Erhebungsmethoden zu generieren und verschiedene Zugänge zum Feld der Reproduktionsmedizin zu eröffnen.

Wissenssoziologische Diskursanalyse als Forschungsprogramm

Diskurse versteht Foucault als „Praktiken, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (ebd. 1997, S. 74). Sie sind also mehr als eine Ansammlung von Äußerungen und mehr als Debatten, denn sie bringen die Bedingungen der Praxis des Denkens, Sprechens, Handelns erst hervor. Wissen, das ist die Basis des Foucaultschen Diskursverständnisses, ist immer diskursiv vermittelt. Foucault untersucht mit seiner Herangehensweise diskursive Formationen und deren Elemente, die *Wissen* hervorbringen:

„Diese Menge von einer diskursiven Praxis regelmäßig gebildeten und für die Konstitution einer Wissenschaft unerlässlichen Elemente, obwohl sie nicht notwendig dazu bestimmt sind, sie zu veranlassen, kann man Wissen nennen.“ (Foucault 1997, S. 259)

Ein Diskurs umfasst somit alles, was sag- und denkbar ist. Dies ist historisch je unterschiedlich, denn Wahrheit ist nur als relationale Variable im Diskurs denkbar und ist abhängig von jeweiligen Machtverhältnissen, die ihre Wirkung im Diskurs entfalten. Foucault schreibt:

„Unter Macht, scheint mir, ist zunächst zu verstehen: Die Vielfältigkeit von Kraftverhältnissen, die ein Gebiet bevölkern und organisieren; Das Spiel, das in unaufhörlichen Kämpfen und Auseinandersetzungen diese Kraftverhältnisse verwandelt, verstärkt, verkehrt; die Stützen, die diese Kraftverhältnisse aneinander finden, indem sie sich zu Systemen verketteten – oder die Verschiebungen und Widersprüche, die sich gegeneinander isolieren; und schließlich die Strategien, in denen sie zur Wirkung gelangen und deren große Linien und institutionelle Kristallisierungen sich in den Staatsapparaten, in der Gesetzgebung und in den gesellschaftlichen Hegemonien verkörpern.“ (Foucault 1983, S. 39)

Im Rahmen der Diskursanalyse gilt es, diese Kräfteverhältnisse aufzuspüren, um Wissensordnungen beschreiben zu können. Innerhalb dieser historisch und epochal spezifischen Wissensordnungen, werden diskursive Formationen hervorgebracht. Für den Diskurs um ‚Social Freezing‘ gilt es, diese Wissensordnungen nachzuzeichnen: wie ist das Verständnis von Reproduktion, Natur, Technologie? Auf welchem Wissen über Körper und Fortpflanzung wird der Diskurs aufgebaut? Mit welchen unhinterfragten Bildern und Vorstellungen funktioniert er?³¹ Gelingen kann dies durch den Blick auf die „Verknappungen“ des Diskurses, die Ausschlüsse, das Unsagbare und das Ausgeschlossene (ebd. 1991). Foucault schreibt:

„Ich setze voraus, daß in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und die Gefahren des Diskurses zu bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen.“ (Foucault 1991, S. 11)

Diskurse können so als Prozesse verstanden werden, die in Macht-Wissens-Formationen das hervorbringen, was sagbar, denkbar und machbar, aber auch immer was *nicht* sagbar, *nicht* denkbar und *nicht* machbar ist. Die Diskursanalyse Foucaults spürt die Entstehungsbedingungen, die Produktion und die Ausschlüsse des Sagbaren und Nicht-Sagbaren auf (vgl. auch Siri/Robnik 2016). Die oben beschriebene Analytik der (Bio-)Macht im Diskurs des Sexes (vgl. Kapitel 2.1.1), deren Entstehungsbedingungen er nachzeichnet, ist ein Beispiel dafür.

Für die Anwendung der ‚Foucaultschen‘ Diskursanalyse im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Untersuchung eines Forschungsfeldes ergibt sich folgende Schwierigkeit:

„Diskursanalyse, (...), funktioniert nicht als Tool, das Schritt für Schritt angewendet zu plausiblen Ergebnissen führt, baut sie doch immer auf die Reflexion des

31 Dies ist nur eine der Fragen, die die Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘ anleiten, die jedoch keinesfalls vollständig beantwortet werden können.

Forschungsgegenstandes und der eigenen Perspektive. Erkenntnistheoretisch ist die Zurückhaltung auch deshalb unausweichlich, weil Wissensherzeugung durch ‚organisierte‘ Wissenschaft zentrales Thema der Foucaultschen Kritik ist.“ (Siri/Robnik 2016, S. 122)

Reiner Keller (2008a) geht so weit festzulegen, es gebe keine Foucaultsche Diskursanalyse, da diese nur „gewaltsam“ in methodische Ansprüche der empirischen Sozialforschung gedrückt werden könne, für die konkrete Werkzeuge und eine Abfolge von Schritten der Analyse notwendig sei (ebd. S. 77). Die wissenssoziologische Diskursanalyse (WDA), die er vorschlägt, ist in ihrem hermeneutisch-interpretativen Verständnis eine Form der Diskursanalyse, die Foucaults Konzept der Analytik der Macht (Foucault 2005) für die empirische sozialwissenschaftliche Forschung nutzbar macht (vgl. dazu ausführlicher Keller 2008a). Auch sie gibt dabei konkrete Tools an die Hand, die den Ansprüchen sozialwissenschaftlicher Forschung gerecht werden. Die WDA wird in diesem Sinne in dieser Studie als Tool verwendet, ohne dabei die theoretischen und methodischen Verschränkungen aus dem Blick zu verlieren.

Reiner Kellers WDA macht einen „Vorschlag zur Analyse der diskursiven Konstruktion symbolischer Ordnungen“ (Keller 2008b, S. 11). Dem Vorschlag folgt diese Studie in der Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘:

„Alles, was wir wahrnehmen, erfahren, spüren, auch die Art, wie wir handeln, ist über sozial konstruiertes, typisiertes, in unterschiedlichen Graden als legitim anerkanntes und objektiviertes Wissen vermittelt. Dieses Wissen ist nicht auf ein ‚angeborenes‘ kognitives Kategoriensystem rückführbar, sondern auf gesellschaftlich hergestellte symbolische Systeme. Solche symbolischen Ordnungen werden überwiegend in Diskursen gesellschaftlich produziert, legitimiert, kommuniziert und transformiert; sie haben gesellschaftlich-materielle Voraussetzungen und Folgen. Diskursanalyse ist ein Forschungsprogramm bzw. eine Forschungsperspektive, die ihr Erkenntnisinteresse auf die Analyse dieser Zusammenhänge richtet: Der wissenssoziologischen Diskursanalyse geht es darum, Prozesse der sozialen Konstruktion, Objektivation, Kommunikation und Legitimation von Sinn-, d. h. Deutungs- und Handlungsstrukturen auf der Ebene von Institutionen, Organisationen bzw. sozialen (kollektiven) Akteuren zu rekonstruieren und die gesellschaftliche Wirkung dieser Prozesse zu analysieren.“ (Keller 2011a, S. 125)

Die WDA geht in ihren Grundzügen von einem Foucaultschen Verständnis von Diskursen aus und lehnt sich dabei an die wissenssoziologische Denktradition nach Berger und Luckmann an (ebd. 2000 [1969]), die ebenso wie Foucault davon ausgehen, dass die Welt nicht unmittelbar, eigentlich oder ‚an sich‘ erfahrbar ist, sondern „(...) dass alles, was wir wahrnehmen, erfahren, spüren, über sozial konstruiertes, typisiertes in unterschiedlichen Graden als legitim anerkanntes

und objektiviertes Wissen (Bedeutungen, Deutungs- und Handlungsschemata) vermittelt wird.“ (Keller 2011, S. 59).

„Unser Weltwissen ist nicht auf ein angeborenes, kognitives Kategoriensystem rückföhrbar, sondern auf gesellschaftlich hergestellte symbolische Systeme oder Ordnungen, die in und durch Diskurse produziert werden. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse untersucht diese gesellschaftlichen Praktiken und Prozesse der kommunikativen Konstruktion, Stabilisierung und Transformation symbolischer Ordnungen sowie deren Folgen: Gesetze, Statistiken, Klassifikationen, Techniken, Dinge oder Praktiken bspw. sind in diesem Sinne Effekte von Diskursen und ‚Vor- aus‘-Setzungen neuer Diskurse.“ (ebd.)

Anhand verschiedener Fragestellungen können mit der WDA nun die Entstehungsbedingungen, Praktiken, Prozesse, Auswirkungen und Ordnungen verschiedener Diskurse erforscht werden. Je nach Diskurs ergeben sich dabei unterschiedliche Anforderungen an Fragestellung und Material.

Bevor nun das konkrete Vorgehen bei der Analyse des Diskurses um ‚Social Freezing‘ erläutert sowie die Zugänge und das Material dieser Forschung vorgestellt werden, werden knapp noch die Grundlagen der Grounded Theory erläutert, die in der WDA zum Einsatz kommen. Die Grounded Theory dient, wie Keller es vorschlägt (ebd. 2008a, S. 90 ff.), als Auswertungsverfahren für das Material, das es erlaubt, die für diese Studie relevant gewordenen unterschiedlichen Materialsorten zu integrieren. Diese Grundlagen werden durch Schritte der Situationsanalyse ergänzt, die eine reflexive Erweiterung der Grounded Theory darstellt.

Grounded Theory und Situationsanalyse

Die Grounded Theory, deren methodologische Grundlagen und methodische Werkzeuge in dieser Studie benutzt wurden, ist, wie Kathy Charmaz es betont, als Methodologie zu verstehen, als ein „(...) nützliche[r] Knotenpunkt, um den herum Forscher/innen über aktuelle Debatten der qualitativen Forschung diskutieren – und im weiteren Sinne über die Produktion von Wissen und über wissenschaftliches Theoretisieren.“ (Charmaz 2011, S. 184). In der klassischen Version von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss (2010 [1967]) vorgelegt, der diese Studie folgt, entdeckt die Grounded Theory Theorie auf der Grundlage von Daten und generiert dadurch eine gegenstandsbezogene Theorie (ebd. S. 19). Dies geschieht innerhalb eines iterativ-zyklischen Forschungsprozesses durch die Verknüpfung von Datenerhebung, -auswertung und Theoriebildung und durch sukzessives theoretical sampling (vgl. Strübing 2014). Die komparative Analyse ist die Strategie zur Erreichung dieses Ziels (Glaser/Strauss S. 37 ff.). Permanentes Vergleichen ist in der Grounded Theory zentral, um den forschenden Blick zu öffnen (Equit/Hohage 2016, S. 12), da nur ein

prozessurales Verständnis von Theorie sozialer Wirklichkeit gerecht wird (Glaser/ Strauss 2010). Für die Diskursanalyse sind diese „Reflexionen“ der Grounded Theory für den Forschungsprozess sehr hilfreich (vgl. Keller 2008a, S. 90 ff.). So sind es die Prinzipien des theoretical sampling und der minimalen und maximalen Kontrastierung, also die komparative Analyse, die als Analysetools für die Auswahl der Daten in der WDA zum Einsatz kommen (vgl. Keller 2008a, S. 91). Für die Feinanalyse schließlich sind es die Methoden des Kodierens (offen, axial und selektiv) und des Memoing, die zum Einsatz kommen und die einen Blick auf die oben genannten vier Kategorien der Deutungsmuster, Klassifikationen, Phänomenstrukturen und narrativen Strukturen der WDA zulässt (vgl. Keller 2008a, S. 93 ff.).

Für den Forschungsprozess dieser Studie bedeutete dies, dass die Schritte der Erhebung und Auswertung im Sinne des theoretical sampling nicht chronologisch aufeinander folgend vorgenommen wurden:

„Das iterativ-zyklische Prozessmodell der Grounded Theory mit seinem engen zeitlichen Ineinandergreifen von Materialgewinnung, analyse (sic!) und Theoriebildung bleibt nicht ohne Folgen für die Gestaltung der Auswahlverfahren für Fälle und Daten (...).“ (Strübing 2014, S. 29)

Während der Analyse der Websites dieser Forschung kamen die teilnehmenden Beobachtungen der reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen und später die Interviews hinzu. Die Ergebnisse der ersten Fallauswertung ergaben zum Teil die nächste Fallauswahl (Equit/Hohage 2016, S. 12), zeitweise wurden die Fälle, hier z. B. die Interviews, auch parallel organisiert und die Beobachtungen anhand der stattfindenden Veranstaltungen geplant. Forschungspraktisch wurde das „theoretische Sampling als eine Kette aufeinander aufbauender Auswahlentscheidungen entlang des Forschungsprozesses“ (Strübing 2014, S. 29) umgesetzt, bis eine theoretische Sättigung festgestellt werden konnte. Der Diskurs leitete dabei stets das weitere Vorgehen an (vgl. Strübing 2014), da die Leitidee der Methode ein *permanentes Vergleichen* der Daten in Kodierprozessen vorgibt. Dabei wurden die unterschiedlichen Schritte des offenen, des axialen und des selektiven Kodierens durchlaufen.

Adele Clarke legt mit ihrem 2005 (2012 in Deutsch) veröffentlichten Buch „Situational Analysis. Grounded Theory After the Postmodern Turn“ einen Vorschlag vor, der die Grundlagen der Grounded Theory in Richtung Diskurstheorie beziehungsweise des Poststrukturalismus öffnet. Um den veränderten Bedingungen der Sozialwissenschaften nach dem „postmodern turn“ methodisch gerecht werden zu können, müssen sich Methoden anpassen, die ansonsten Gefahr laufen, der Komplexität eines Forschungsgegenstandes nicht gerecht zu werden (vgl. ebd.,

S. 26 ff.).³² Mit der Situationsanalyse ist es möglich, unterschiedliche empirische Materialien in ihrer Komplexität als *Diskursfragmente* zu kombinieren und nicht nur menschliches Handeln, sondern auch nicht-menschliche Akteure, Technologie und symbolische Verflechtungen in die Analyse aufzunehmen:

„Die sogenannte ‚Situationsanalyse‘ basiert auf Interviews, ethnographischem, historischem, visuellem und/oder anderem diskursivem Datenmaterial, einschließlich Multi-Site-Forschung und kann in einem breiten Spektrum von Forschungsprojekten verwendet werden. Sie ermöglicht es Forscherinnen, die Untersuchung von Diskursen und Handlungsfähigkeit, Handlung und Struktur, Bildern, Texten und Kontexten, Vergangenheit und Gegenwart zu verknüpfen – und hochkomplexe Forschungssituationen zu analysieren.“ (Clarke 2012, S. 24)

Durch einen solchen Blickwinkel ist es im Sinne der Science and Technology Studies möglich, den Diskurs auch daraufhin zu untersuchen, welche Verständnisse von Technologie und Biologie, aber auch Dichotomien, Temporalitäten und Neukonfigurationen im Zusammenspiel von Technologie und Körpern entstehen. ‚Social Freezing‘ ist eine dieser „hochkomplexe[n] Forschungssituationen“, die eingespannt in ein Netz aus unterschiedlichen Logiken ihre Bedeutung entfaltet. Multi-Site-Forschung trägt der Komplexität noch einmal mehr Rechnung, da sie innerhalb der Situationsanalyse unterschiedliche empirische Daten heranzuziehen vermag (vgl. ebd. S. 202ff.). Im Falle des Diskurses um ‚Social Freezing‘ war es deshalb unerlässlich, Multi-Site zu forschen, weil diese Studie eine Forschungslücke schließt und in der Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘ in der deutschsprachigen Forschungslandschaft Neuland betritt (vgl. Kapitel 1). Diese Studie kann durch das Kombinieren unterschiedlicher Materialsorten für den reproduktionsmedizinischen Diskurs eine wichtige Grundlage bilden, weiter über das Phänomen zu forschen.

‚Social Freezing‘ wird als Situation verstanden, weil es wichtig ist, nicht nur das Handeln menschlicher Akteure zu betrachten, wie es in der klassischen Form der Grounded Theory üblich wäre. Auch Technologie und nicht-menschliche Objekte und vor allem deren symbolische Gehalte und damit verknüpfte Deutungsmuster sollen in die Analyse mit einbezogen werden (vgl. Clarke et al. 2015, S. 15). Eine

32 Clarke beschreibt die Veränderungen, die der „postmodern turn“ wissenschaftlich mit sich bringt, folgendermaßen: „Während die Moderne Universalität, die Verallgemeinerung, Vereinfachung, Dauerhaftigkeit, Stabilität, Ganzheit, Rationalität, die Regelmäßigkeit, die Einheitlichkeit und Angemessenheit betonte, verschieben sich die Schwerpunkte in der Postmoderne hin zu Partikularismus, Positionalitäten, Komplikationen, Substanzlosigkeit, Instabilitäten, Unregelmäßigkeiten, Widersprüchen, Heterogenitäten, Situiertheit und Fragmentierung – kurz: Komplexität.“ (Clarke 2012, S. 26)

Situation wird im Sinne der Situationsanalyse als empirisches Feld verstanden, das von Forscher_innen selbst festgelegt wird und deren Grenzen sich im Prozess des Untersuchens der Situation auch wandelt (Clarke/Keller 2011, S. 119f.). Als Forschende kann man sich so auf das Feld, die Situation einlassen und verschiedene Elemente ernst nehmen, die sich im Laufe der Forschung entfalten. Die Situationsanalyse baut damit reflexiv auf die Grundlagen der Grounded Theory auf und erlaubt einen weiteren Blick auf Diskurse. Sie ermöglicht es so, unterschiedliche Daten als Diskursfragmente zu betrachten, eine Brücke zwischen der Grounded Theory nach Glaser und Strauss und der Diskursanalyse zu schlagen. Um dies zu erreichen wurden ergänzend zu den Schritten der Grounded Theory drei unterschiedliche Formen sogenannter Maps erstellt: „Situations-Maps“, „Maps von Sozialen Welten/Arenen“ und „Positions-Maps“ (vgl. Clarke 2012).³³

Mit dem Tool der *Maps* soll nicht nur wie bisher in der Gounded Theory üblich das Augenmerk auf Aushandlungen menschlicher Praxen gelegt werden, sondern um genau jene „Möglichkeitsbedingungen“ mit Foucault erweitert werden (ebd. S. 97f.). Mit Hilfe der verschiedenen Maps können so immer wieder Elemente, Themen, Akteure und Beziehungsgeflechte aber auch Technologie miteinander in Verbindung gesetzt werden, was mit der Grounded Theory und deren Fokus auf menschliches Handeln (basic social process) alleine nicht möglich gewesen wäre (vgl. ebd.).

„Die Mappingansätze richten den Fokus stattdessen auf die Schlüsselemente, Materialitäten, Diskurse, Strukturen und Bedingungen, welche die erforschte Situation charakterisieren. Die kartographische Erfassung der Daten in Maps erlaubt es dem Analytiker, die Forschungssituation empirisch zu konstruieren. *Die Situation an sich wird zum ultimativen Forschungsgegenstand*, und das Verständnis ihrer Elemente und ihrer Beziehungen zum primären Ziel der Untersuchung.“ (ebd., S. 24, Hervorhebungen im Original)

Gerade in einem so neuen und soziologisch unerforschten Kontext wie ‚Social Freezing‘ ist es unerlässlich, von Beginn an immer wieder zu bestimmen, *wer, wie und wo* im Diskurs Positionen einnimmt, wie verhandelt wird, welche Themen aufkommen, welche vielleicht nicht. Foucaults Bestrebungen, die Möglichkeitsbedingungen eines bestimmten Feldes zu einer bestimmten Zeit zu untersuchen (vgl. Foucault 1991), lassen sich mit dem Fokus auf Clarkes Situationen in die Tradition der Grounded Theory hineinendenken. Mithilfe der Maps konnten so in dieser Studie die einzelnen Materialsorten in ihren unterschiedlichen Anforde-

33 Im Anhang dieser Studie finden sich zwei beispielhafte Maps, eine Situations-Map und eine daraus entstandene relationale Analyse vgl. S. 278.

rungen als Diskursfragmente sichtbar gemacht und miteinander in Bezug gesetzt werden. In einem nächsten Schritt werden nun die unterschiedlichen Zugänge zur Erforschung des Diskurses um ‚Social Freezing‘ knapp eingeführt und das darin gewonnene Material vorgestellt.

2.3 Von der Methodologie zum Feld: Websites, teilnehmende Beobachtung und Interviews als Diskursfragmente

Zu den Grundsätzen der WDA (und Grounded Theory) gehört es, die Fragestellung(en) der Forschung am Material zu entwickeln (vgl. Keller 2011a, S. 148 ff.). Aufgrund der zum Teil fehlenden qualitativ-empirischen Einsichten zum Thema ‚Social Freezing‘ (vgl. Martin 2010; Daly/Bewley 2013; Harwood 2009) beschäftigt sich die eigene Forschung von Beginn an mit der Frage, *wie wird der Diskurs um ‚Social Freezing‘ geführt?* Daher wurde ein exploratives Vorgehen gewählt, welches unterschiedliche Materialsorten miteinander kombiniert, weil die Beschränkung auf nur eine Materialsorte der Komplexität des relativ neuen Diskurses nicht gerecht geworden wäre. Obwohl die WDA eine sehr textbasierte Forschungsperspektive ist, gibt es auch unterschiedliche Ansätze, die visuelle (vgl. etwa Maasen et al. 2006; Traue 2013) oder multimodale (vgl. etwa Meier 2011a) Aspekte integrieren. Den Beginn der Forschung zu ‚Social Freezing‘ bildete die Analyse von Websites anbietender Kinderwunschzentren, die den Gegenstand in einer Fülle von Themen repräsentierten. Hinzu kamen nach einiger Zeit teilnehmende Beobachtungen auf verschiedenen reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen in Deutschland, Österreich und Spanien. Hier ergab sich nach der ersten Beobachtung und Analyse der bis dahin wachsenden Anzahl der Websites ein anderes, wenn auch sehr inhomogenes Bild des Diskurses um ‚Social Freezing‘. Um die Komplexität und innere Differenzierung des reproduktionsmedizinischen Diskurses um ‚Social Freezing‘ gegenstandsangemessen einordnen zu können, wurden schließlich ergänzend noch Expert_innen-Interviews geführt, die sich im Forschungsprozess als zentrales Material herausstellten.³⁴

34 Gegenstandangemessenheit gehört zu den Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Sie bezeichnet „(...) eine Weise der Herstellung des Forschungsgegenstandes, die das empirische Feld ernst nimmt und Methoden, Fragestellungen und Datentypen einer fortlaufenden Justierungsanforderung unterwirft.“ (vgl. Strübing et al. 2018, S. 83).

Im Folgenden werden nun nacheinander die unterschiedlichen Zugänge ins Feld dargelegt, die zum Material des Datenkorpus geführt haben. Zusätzlich dazu beschäftigt sich das folgende Kapitel ein wenig ausführlicher mit der Frage, wie Websites anbietender Kinderwunschzentren als empirisches Material erhoben und unter welchen Voraussetzungen und Gegebenheiten diese analysiert wurden, weil die Analyse von Websites als Diskursfragmente ein für die Sozialforschung relativ neues und noch nicht so etabliertes Feld darstellt (vgl. Meßmer 2017).

Die multimodale Analyse von Websites zu ‚Social Freezing‘

„Web phenomena, and websites in particular, are unique expressions of contemporary culture, and as such they constitute a huge repository of potential data about contemporary ways of doing and thinking of large groups of people across ethnic and national boundaries.“ (Pauwels 2012, S. 247)

Websites und Netzinhalte wurden trotz ihrer großen alltäglichen Bedeutung in vielen Lebensbereichen erst in den letzten Jahren zu Untersuchungseinheiten empirischer Sozialforschung, deren Spezifika Rechnung getragen werden muss (vgl. Traue 2013). Mithilfe von Methoden aus der Diskursanalyse und visueller Analysen (vgl. Kress/Leeuwen 2006; Maasen et al. 2006; Meier 2011a; Traue 2013; Traue/Schünzel 2014) können Websites in ihrer Multimedialität, d. h. nicht nur textlichen und bildlichen, sondern auch verlinkten und relationalen Strukturen untersucht werden (vgl. Pauwels 2011 und 2012). In unterschiedlichen Forschungskontexten kommt ‚das Internet‘, Social Media, Websites oder Blogs als Material zum Einsatz und wird vielfach in seinen Besonderheiten reflektiert (vgl. etwa Meßmer 2017; Siri 2014, Traue/Schünzel 2014). Anna Katharina Meßmer hat in ihrer Studie „Überschüssiges Gewebe“ (2017) Websites über Intimchirurgie einer multimodalen Website-Analyse unterzogen und darin einen Vorschlag zur konkreten Nutzung von Netz-Daten als Material empirischer Sozialforschung für den Forschungsalltag in der Soziologie gemacht. Die vorliegende Studie folgt dem Vorschlag und wendet ihn auf den Diskurs um ‚Social Freezing‘ an. Die Besonderheit hierbei besteht darin, dass die analysierten Websites dieser Forschung als eine Materialsorte unter mehreren verschiedenen als Diskursfragmente eines Diskurses verwendet wurden. Die Kombination verschiedener Materialsorten erlaubt es, wichtige Positionen im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ zu beleuchten und den Diskurs in seinen Grundzügen zu erfassen. Mit einer solchen Perspektive liegt der Fokus auf anderen Fragen als bei einer reinen Analyse von Websites und Netzinhalten, weshalb manche Aspekte wie beispielsweise die konkrete grafische Ausgestaltung der Websites einer multimodalen Website-Analyse (vgl. Pauwels 2011) eine unwesentlichere Rolle spielen, als es beispielsweise bei Meßmer (2017)

der Fall ist. Aus Gründen beschränkter Ressourcen der Forschung musste sehr selektiv bei der Analyse der Daten vorgegangen werden.

Meßmer macht an Jo Reichertz und Nadine Marth (2004) anschließend drei Dimensionen fest, die für die Website-Analyse von besonderer Relevanz sind: „Hypertextualität, Flexibilität und Multimodalität“ (vgl. Meßmer 2017, S. 24):

Die erste der drei Dimensionen, die Meßmer als *Hypertextualität* bezeichnet, macht die Websites bereits zu einer speziellen Form empirischer Daten: Im Gegensatz zu vielen anderen Datenarten stellt sich bei der Analyse von Homepages und Websites die Frage der Abgrenzung, also danach, welche Teile zur Analyse herangezogen werden, wo der Anfang der Analyse ist und wie der Inhalt gelesen werden soll (vgl. ebd. S. 25 ff.):

„Im Unterschied zur Abgrenzung z. B. eines einzelnen Zeitungsartikels lässt sich diese Abgrenzung aber u. U. nicht so allgemein und klar treffen. Wann gehören Frames, wann gehören wiederkehrende, z. B. Gliederungs- oder Erläuterungstexte mit zum Text? Gibt es textspezifische (zusätzliche, sog. Meta-) Informationen in den entsprechenden Leisten des Browsers, und gehören diese dann zum Text? Ist ein Text, bei dem der Bildschirm zehnmal gescrollt werden muss, noch immer ein einzelner Text, wenn er in zehn einzeln zu ladende HTML-Dokumente aufgeteilt wurde? Ab wann wird man von zwei Texten innerhalb eines HTML-Dokuments sprechen (z. B. in zwei Spalten deutscher und englischer Text mit eventuell wichtigen Unterschieden oder bei graphisch abgesetzten Erläuterungen zum Text)? Ist der Textanfang oben links oder soll womöglich zuerst ein auffällig gemachter (großer, fatter, zentrierter, blinkender) Text in der Mitte gelesen werden?“ (Moes [in Meßmer 2017] 2000, S. 3)

In Fragen der Auswahl der Elemente, die zur Analyse herangezogen werden, kann das Material wie andere Diskursfragmente im Sinne der Grounded Theory behandelt werden, im Prozess des theoretical samplings (Strauss/Glaser 2010, S. 61 ff.) eine Auswahl zu treffen. Gerade im Zuge einer Diskursanalyse, bei der mehrere verschiedene Materialsorten kombiniert werden, ist es daher wichtig, eine selektive Auswahl zu treffen und diese fortwährend im Prozess auf anderes Material zu beziehen. Im Rahmen dieses Auswahlprozesses und der Selektion war es vor allem die nähergehende Betrachtung von Layout- und Grafikelementen, auf die verzichtet werden musste. Nicht verzichtet wurde jedoch auf die Analysen visueller Elemente wie beispielsweise von Bildern, die im Rahmen dieser Studie eine große Rolle spielen.

Die zweite Dimension ist die der *Flexibilität* (vgl. Meßmer 2017, S. 28 ff.). Nicht nur sind es Fragen der technischen Ausstattung der analysierenden Person³⁵ (vgl.

35 Wie in meinem Fall: auf einem Dell XPS 13- 9343, Windows 10 Pro, dem Web-Browser Google Chrome, dem HTTrack Website Copier (vgl. Meßmer 2017, S. 28). Im Oktober

ebd., S. 28), sondern auch die Frage danach, in wie weit die forschende Person mit dem zu analysierenden Material interagiert. Wie auch für andere Materialsorten gilt hier ein reflexiver Umgang mit der Empirie als unumgänglich, ohne dabei der Versuchung aufzusitzen, ‚objektive‘ Beschreibungen anfertigen zu wollen. Ein weiterer Aspekt der *Flexibilität* von Websites ist der ihrer *Flüchtigkeit* (vgl. Meßmer 2017, S. 29).³⁶ Forschungspraktisch hieß dies, einen gewissen Zeitpunkt zu wählen, zu dem die letzte Version heruntergeladen und gespeichert wird, um diese Version für die Analyse heranzuziehen.

Die dritte Dimension ist die der *Multimodalität* (vgl. ebd. S. 29 ff.), die sich aus der Kombination und Komposition verschiedener Text-, Bild- und Verlinkungs-Strukturen ergibt. Viele Hinweise zur Analyse gibt es in bestehenden Praxen beispielsweise zur Bildanalyse Foucaultscher Tradition (Maasen et al. 2006). Wie Luc Pauwels es (kritisch) formuliert, besteht Multimodalität nicht nur aus unterschiedlichen Modi wie Text oder Bild, sondern daraus, die komplexen Verflechtungen nachzuzeichnen (ebd. 2012). Es ist dabei unerlässlich, fortwährend zu reflektieren, was nicht angeklickt werden kann, nicht abgebildet wird, nicht beschrieben wird. Dies gilt für die Architektur der Website wie auch für die Darstellung der Ergebnisse dieser Studie, die aufgrund der Restriktionen des Schreibens immer der Logik eines Textes folgen muss und deshalb Aspekte chronologisch beschreiben muss. Die Multimodalität der Websites ist nicht mehr in ihrer Komplexität gegeben, wenn nur Ausschnitte und Screenshots gezeigt werden. Sofern die Multimodalität der Ausschnitte relevant ist, wird dies an den jeweiligen Stellen explizit deutlich gemacht.

Der finale Korpus dieser Studie zur Analyse des Diskurses enthält drei Websites („Fertiprotekt an der Oper“, „Alles zu meiner Zeit“ und die „Eizellbank Erlangen“), die exemplarisch Inhalte und Konzepte dieser Form von Material enthalten und

2016 veröffentlichte MAXQDA, die Software, die ich zum Codieren der Daten verwendet habe, einen Website Collector, mit dem man auf einfache Art und Weise Websites speichern und in MAXQDA zur Analyse öffnen kann. Zu diesem Zeitpunkt war zum ersten jedoch eine der drei analysierten Websites bereits nicht mehr online. Zum zweiten kann der Website collector auch ‚nur‘ Bild und Textdokumente wie PDFs speichern und exportieren und zum dritten konnten die Seiten im Programm nicht dargestellt werden, weshalb ich mich dafür entschied, einzelne Screenshots und Protokolle zur Analyse in MAXQDA zu importieren und zu codieren.

- 36 Während, um nur ein Beispiel zu nennen, Fertiprotekt an der Oper zu Beginn der Forschung 2014 mit der Produkt-Headline „Social Freezing – Heute schon an morgen denken“ warb, war dieser nach einem Relaunch der Website 2015 auf der Website nicht mehr zu finden. Stattdessen wurde er mit der Headline „Social Freezing – bewahren Sie Ihre Fruchtbarkeit!“ ausgetauscht. Während Teile der alten Version in Screenshots vorliegt, wurde die neuere Version am 02.03.2017 zuletzt heruntergeladen und abgespeichert. Die Website wurde in der Zwischenzeit so offline genommen.

die einer multimedialen Website-Analyse angelehnt an Luc Pauwels Analyserahmen (vgl. ebd. 2011, 2012 und im Anhang dieser Studie, vgl. S. 277) unterzogen wurden. Eine Übersicht zum genauen Vorgehen und der finale Korpus finden sich im Anhang dieser Studie.

Die wissenssoziologische Diskursanalyse als Rahmen und die Grounded Theory als Auswertungsmethode mit der Erweiterung der Situationsanalyse dienten dabei als Grundlage der Auswertung der multimodalen Daten von Websites als Diskursfragmente. Was Maasen et al. über Bilder als Diskursfragmente sagen, könnte man auch auf Websites erweitern:

„Insofern es gelingt, die Prozeduren der Verknappung zu identifizieren, die die Herstellung, den Einsatz, die Zirkulation und Rezeption spezifischer Bilder informieren, sind sie [sic!] nicht länger nur illustrativ, sondern indikativ und mehr noch: ko-konstitutiv für die jeweils untersuchten soziokulturellen Phänomene und Prozesse. Zu den Prozeduren der Verknappung gehören dabei nicht nur die von Foucault beschriebenen sozialen Formen wie etwa Ein- und Ausschließung, sondern auch die epistemologische Prozedur der Unterscheidung, die nötig ist, um überhaupt *etwas* zu sehen.“ (Maasen et al. 2006, S. 8, Hervorhebungen im Original; vgl. Foucault 1991)

So wurden Luc Pauwels Analyserahmen zur multimodalen Websiteanalyse in seinen Schritten in die WDA integriert und mit den Prinzipien der Grounded Theory kombiniert.

Ein Aspekt, welcher abschließend für die Websites dieser Studie Erwähnung finden muss, ist der, der Werbung. Dieser fand auch Eingang in die Analyse, weil er im Material als sehr zentral auftauchte. Die Websites stellen Werbeflächen dar, auf denen es um ein Produkt – ‚Social Freezing‘ – geht. Traditionelle Werbeanalysen gehen davon aus, dass ein „Manipulationsverhältnis zwischen Werbern und Kunden“ vorliege (vgl. Stähli 2006, S. 28), und dieses Verhältnis anders bewertet werden müsse als in anderen Daten. Teil der hier von den Science and Technology Studies beeinflussten diskurstheoretischen Herangehensweise ist es, keine Wertungen und Kategorien auf das Material zu legen. Aus einem diskurstheoretischen Blickwinkel ist es interessant, Werbung als Teil eines Diskurses zu behandeln, der ebenso als „(...) einer der Orte, an dem ein reicher Formenschatz visueller und textueller Elemente (...)“ (Stähli 2006, S. 29) zu beobachten ist. Diese sind Teile reproduktionsmedizinischer Wirklichkeiten. Aus diesem Grund wurden erst einmal alle

Materialsorten gleich behandelt. An Stellen, an denen es für die Analyse wichtig ist, dass es sich um Werbung handelt, wurde dies hervorgehoben.³⁷

Um den Fokus zu erweitern, wurde im Laufe der Analyse der Websites begonnen, diese durch teilnehmende Beobachtungen reproduktionsmedizinischer Veranstaltungen zu ergänzen, um die es nun im Folgenden gehen soll.

Teilnehmende Beobachtungen im Feld der Reproduktionsmedizin

Im Rahmen dieser Forschung schien es sinnvoll, Feldaufenthalte auf wissenschaftlichen Tagungen in der Reproduktionsmedizin teilnehmend zu beobachten. Weil sich diese Studie mit der Frage auseinandersetzt, wie im Diskurs Wissen hergestellt wird, wurden keine längeren ethnographischen Aufenthalte im Feld durchgeführt, sondern kurze, zeitlich begrenzte teilnehmende Beobachtungen³⁸ mit den anderen Materialsorten der Website-Analyse und der Interviews kombiniert. Während der Feldaufenthalte orientierte ich mich an den Vorgehensweisen, Regeln und Anhaltspunkten der Ethnographie, deren Kernelement der Feldaufenthalt ist (vgl. Breidenstein et al. 2013).³⁹

Für die Untersuchung des Diskurses um ‚Social Freezing‘ wurden teilnehmende Beobachtungen auf reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen, Tagungen und Konferenzen als Material herangezogen, die alle sehr unterschiedlichen Zielen folgten und unterschiedliche Settings boten. Der Zugang, der oft als gro-

37 Innerhalb und außerhalb des Bereichs der Reproduktionsmedizin wird, wie beispielsweise von Elisabeth Beck-Gernsheim kritisiert, ein „Geschäft mit der Hoffnung“ gemacht. Frauen würde auf Websites als größte Werbefläche oder Werbemöglichkeit suggeriert, das Problem ungewollter Kinderlosigkeit zu lösen sei kein Problem (ebd. 2016, S. 15). Folge dieser teils ‚falschen Hoffnungen‘ sei ein Sog, der zu psychischen und physischen Problemen führe, aus dem betroffene Frauen teilweise nicht mehr ‚auszusteigen‘ wissen. Vor allem in den von mir geführten Interviews, diente Werbung als Kategorie der Selbstbeschreibung durch die Abgrenzung von anderen. Doch auch innerhalb der teilnehmenden Beobachtungen wurde Werbung zum Thema. Kapitel 3.1 widmet sich inhaltlich den Erzählungen von Werbung.

38 Die teilnehmende Beobachtung entwickelte sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts in USA und Großbritannien als Instrument der Forschung in der Ethnologie und Anthropologie vor allem aus der Tradition der Chicago School (vgl. Lüders 2007, S. 385). Ihre wichtigsten Traditionslinien sind somit die „ethnologische Kulturanalyse“, „die Subkulturforschung der Chicago School“ und die „Soziologie des Alltags“ (vgl. Breidenstein et al. 2013, S. 13). Dabei eint die Ethnographie aus allen dreien dieser Traditionen der Aspekt der Verfremdung: „Ethnografisches Erkennen hat grundsätzlich etwas mit der Verwandlung von Fremdem in Vertrautes und von Vertrautem in Befremdliches zu tun.“ (ebd.).

39 Zu einer Übersicht aktueller soziologischer ethnographischer Forschung vgl. Hitzler/Gothe 2015.

ße Herausforderung ethnographischer Methoden gilt (vgl. Lüders 2007, S. 391), gestaltete sich zu allen drei Veranstaltungen unterschiedlich, aber einfach. Die Rolle als Forscherin als auch der Grad der Teilnahme war in allen drei Fällen von vornherein durch das jeweilige Setting geklärt (vgl. Adler/Adler 1994). In allen drei Fällen war die Teilnahme jedoch immer offen, es war den Organisator_innen bekannt, dass ich als Soziologin aus Forschungszwecken an den ansonsten hauptsächlich medizinisch-wissenschaftlichen Veranstaltungen teilnehme. Mit einer Ausnahme in Barcelona bei einer Führung durch ein IVF Labor, spielte das Beobachten insofern keine Rolle, als dass das Protokollieren und Notizen machen (vgl. Spradley 1980, S. 69 ff.; Emerson et al. 2011) in den ‚normalen‘ Aktivitäten aller Teilnehmer_innen im Feld wissenschaftlicher Tagungen gehörte. Wichtig war es, während der Aufenthalte, die Veranstaltungen jeweils als „soziale Situationen“ mit je unterschiedlichen Räumen/Orten, Aktivitäten und Akteur_innen wahrzunehmen und zu erleben (vgl. Spradley 1980, S. 39). Aufgezeichnet wurde jeweils während der Veranstaltungen Notizen, Fotos und teilweise kurze Sprachmemos, die allesamt nach den Veranstaltungen zu Beobachtungsprotokollen verarbeitet wurden (vgl. Emerson et al. 2011). Diese wurden mit den Fotos auch zur Analyse herangezogen und fanden ausschnittsweise Eingang in diese Studie. Dem Schreiben kommt in der Ethnographie eine besondere Bedeutung zu. Sie liegt darin begründet:

„(...) dass im schreibenden Beobachten zugleich eine sprachliche Erschließung von Phänomenen stattfindet, die noch gar nicht in sprachlicher Form vorliegen, sondern erst durch die Beschreibungen zur Sprache gebracht werden. Durch die Verschriftlichung des Ethnografen wird die vielschichtige soziale Welt nicht nur in eine zweidimensionale Form – die Schrift – übersetzt, sondern erst in Sprache überführt, das heißt benannt und bezeichnet.“ (Breidenstein et al. 2013, S. 35)

Dies gilt im gleichen Maße für die Verschriftlichung innerhalb der Websiteanalyse, die ebenso etwas in Sprache übersetzt, das zuvor nicht oder nur zum Teil in Wörtern existierte. Das Anfertigen von Protokollen als eine unter mehreren Methoden der Aufzeichnung hat daher einen hohen Stellenwert. Während bei der Protokollierung der Websites die Schritte der multimodalen Websitesanalyse zur Orientierung herangezogen wurden, wurden bei der Anfertigung der Protokolle aus den Feldnotizen der jeweiligen Veranstaltungen drei Strategien angewandt, die Robert M. Emerson et al. für den Prozess des Protokollierens vorschlagen (vgl. ebd. 2013, S. 57 ff.). Die Protokolle wurden ergänzt durch Fotos und Materialien, die während den Veranstaltungen gemacht wurden.

2015 bis 2017 konnte ich an insgesamt drei Veranstaltungen (einer Fachtagung, einer Konferenz und einem Symposium) zum Thema Fertilitätsprotektion teilnehmen, die unterschiedlich stark Bezug auf das Thema ‚Social Freezing‘ nahmen: die

erste der Veranstaltungen war das „2nd International Symposium on Social Egg Freezing“ in Barcelona, das ausschließlich dem Thema ‚Social Freezing‘ gewidmet war. Die zweite Veranstaltung war eine sehr viel kleinere Fortbildungsveranstaltung in München zum Thema ‚Fertilitätsprotektion‘ im Allgemeinen, bei der ‚Social Freezing‘ am Rande thematisiert wurde. Schließlich beschäftigte sich die dritte Veranstaltung, die Jahrestagung des reproduktionsmedizinischen Netzwerks „FertiPROTEKT“ in Innsbruck, explizit nur mit dem Thema der Fertilitätsprotektion aus medizinischen Gründen, nicht aber mit ‚Social Freezing‘.

Abschließend sollen nun noch die leitfadengestützten Expert_innen-Interviews umrissen werden, die die Erhebung vervollständigten.

Leitfadengestützte Expert_innen-Interviews mit Reproduktionsmediziner_innen

Ergänzend zur Analyse der Websites und den teilnehmenden Beobachtungen von Fachveranstaltungen wurden als dritte Materialsorte noch Expert_innen-Interviews hinzugezogen, nachdem bei den Veranstaltungen Kontakte mit Reproduktionsmediziner_innen geknüpft werden konnten. Dabei interessierte mich vor allem, nach den sehr unterschiedlichen Erzählungen und Themen auf den Veranstaltungen, die Frage, wie ‚Social Freezing‘ in Settings verhandelt wird, wo es zum einen praktiziert (oder nicht praktiziert) und zum anderen eines unter mehreren medizinischen Verfahren ist, die zur Anwendung kommen. Wie sprechen Expert_innen darüber, die in ihrer beruflichen Alltagswelt Wissen generieren? Als Expert_innen werden im Zuge dieser Untersuchung Reproduktionsmediziner_innen verstanden, für die ‚Social Freezing‘ in ihrer medizinischen Alltagspraxis auf die eine oder andere Weise wirksam wird und die in ihrer Rolle an der Produktion von Wissen beteiligt sind.

„Das Besondere am Expertenwissen besteht nicht nur in dessen besonderer Reflexivität, Kohärenz oder Gewissheit, sondern auch und insbesondere darin, dass dieses Wissen in besonderer Weise praxiswirksam und damit orientierungs- und handlungsleitend für andere Akteure wird.“ (Bogner et al. 2014, S. 13 f.)

Als wichtige Akteur_innen des Diskurses um ‚Social Freezing‘ sollte daher Expert_innen-Wissen herangezogen werden, unter anderem auch deshalb, weil so die Komplexität des Diskurses besser überblickt werden kann.

Hierfür wurden zwischen Juni 2016 und Januar 2017 16 Interviewanfragen an einzelne Reproduktionsmediziner_innen oder ganze Praxen in größeren deutschen

Städten (über 500.000 Einwohner_innen)⁴⁰ via E-Mail versendet. Angeschrieben wurden Zentren und Kliniken, die auf ihren Websites das Thema ‚Social Freezing‘ nennen. Aus den 16 Anfragen ergaben sich fünf der sechs Interviews, eines wurde über einen Kontakt vermittelt. So führte ich zwischen Juli 2016 und Januar 2017 sechs offen leitfadengestützte Expert_innen-Interviews (vgl. Meuser/Nagel 2009).⁴¹

Der thematische Leitfaden⁴², der für die Teilstrukturierung der Interviewsituation sorgte (vgl. ebd., S. 27), beinhaltete Fragen wie „Können Sie sich daran erinnern, wie Sie als Arzt/Ärztin zum ersten Mal auf ‚Social Freezing‘ aufmerksam geworden sind?“, „Wie wird/ist ‚Social Freezing‘ in Ihrem Berufsalltag relevant? Wie begegnet Ihnen das Thema?“ oder „Würden Sie ‚Social Freezing‘ jemandem empfehlen? Wem würden Sie ‚Social Freezing‘ empfehlen?“, die je nach Interviewsituation variiert und angepasst wurden. Die Interviews wurden alle in den Praxisräumen der jeweiligen Mediziner_innen geführt und aufgezeichnet und später transkribiert.⁴³

Viele Themen in den Interviews waren bereits von Websites oder von den Veranstaltungen bekannt, die Interviews zeigten jedoch noch einmal eine überraschend große Bandbreite an Sichtweisen und eröffneten eine noch differenziertere Sichtweise auf den Diskurs um ‚Social Freezing‘. Im Laufe der Forschung entwickelten sich die Interviews so zum zentralen Material der Studie, das in der Analyse des Diskurses eine besondere Rolle einnahm, weil die Bandbreite der Themen aber auch die Intensität vieler Aussagen und Sichtweisen von so enormer Kraft waren. Die neuen Erkenntnisse führten auch zur Grundstruktur dieser Studie, die das Verhandeln nicht nur von Alter, Körper und Geschlecht (das auch vor den Interviews schon sehr deutlich zu erkennen war vgl. Kapitel 4), sondern auch des eigenen Handelns im Lichte einer Technologie beleuchtet, die Grenzen bisheriger Gewissheiten zu verschieben scheint und den Frauen Dinge zu versprechen scheint, die sie als Reproduktionsmediziner_innen nicht einlösen können. So kam es auch automatisch dazu, dass das in der Studie zur Analyse verwendete Material zu einem größeren Teil aus Interviewausschnitten besteht und oft durch Screenshots der Websites und Protokollausschnitte der teilnehmenden Beobachtungen (v. a. Barcelona) ergänzt

40 In kleineren Städten oder ländlichen Gebieten wurden deshalb keine Interviews geführt, weil es kein Angebot für ‚Social Freezing‘ gibt.

41 Alle sechs Interviews wurden mit deutschen Reproduktionsmediziner_innen geführt. Gewiss haben spezifisch deutsche Rahmenbedingungen wie das Embryonenschutzgesetz einen Einfluss darauf, wie über reproduktionsmedizinische Verfahren gesprochen wird. Eine vergleichende Analyse wäre dahingehend aufschlussreich.

42 Siehe Anhang dieser Studie, S. 275.

43 Die Interviews wurden alle mit der Transkriptionssoftware F4 und Teilen der Transkriptionsregeln nach Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 168 f. transkribiert, siehe Anhang, S. 276.

oder kontrastiert wird. An manchen Stellen der Darstellung folgen jedoch auch überwiegend Website-Material oder Ausschnitte von Veranstaltungen, weil dann ein Argument oder ein Thema vor allem dort verhandelt wurde. Bevor der empirische Teil dieser Studie beginnt, stelle ich knapp noch einige Überlegungen zu meiner Positionalität als junge Soziologin im Feld an, die vor allem in den Interviews, aber auch auf den reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen relevant wurde (vgl. Bereswill 2003).

Wie bereits beschrieben, war bei den Feldaufenthalten der drei Veranstaltungen den Organisator_innen, bei denen ich mich angemeldet hatte, klar, dass ich als Soziologin zu ‚Social Freezing‘ forsche. In den Gesprächen mit Medizner_innen und Biolog_innen vor, zwischen und nach den Veranstaltungen führte meine Profession häufig dazu, dass mir Kritik an gesellschaftlichen und politischen Strukturen vorgetragen wurde beziehungsweise demographische ‚Probleme‘, wie beispielsweise die niedrige Geburtenrate unter Akademikerinnen, reflektiert wurden. Häufig wurde ich dazu aufgefordert, meine Meinung als Soziologin zu Themen wie beispielsweise der Werbung ‚anderer‘ Kinderwunschzentren oder zu demographischen Verschiebungen in Deutschland kundzutun. Insgesamt hatte ich häufig das Gefühl, als Soziologin Erzählungen der Kritik hervorzurufen.

In den Interviews hatte ich häufig ein ähnliches Gefühl der Adressierung als Soziologin in Form von Kritik, ethischen Belangen oder demografischen ‚Problemen‘. Hier stellte zusätzlich gewiss die Konstellation meines Geschlechts und meines Alters im Kontext von ‚Social Freezing‘ insofern eine besondere Situation her, als dass ich exakt dem Bild der, wie später ausgeführt werden wird, ‚idealen‘ Patientin für ‚Social Freezing‘ entspreche. Ich hätte bei meinen Interviewpartner_innen also nicht nur soziologische Interviewerin, sondern auch Patientin sein können. Gewiss wären an vielen Stellen andere Erzählungen generiert worden, hätte beispielsweise ein mittelalter Mann die Interviews geführt. Obwohl nie zu erfahren sein wird, was anders erzählt worden wäre, ist es doch wichtig, dies zu reflektieren und an einigen Stellen zu hinterfragen (vgl. Bereswill 2003). An manchen Stellen der Studie, an denen dies besonders deutlich wird, werde ich darauf zurückkommen.

‘Social Freezing’: eine Technologie zwischen Medizin und Lifestyle

3

B: „Aber das ist ein moralischer und ethischer Unterschied also des Fertiprotektion da sag ich Mensch das ist ’ne echt arme Sau ja? Da ist nichts selbstverschuldet ja? Und wir versuchen wenigstens ja? Noch eine Zukunftsperspektive zu erhalten. Wenn ’ne 38-jährige zu mir kommt und jetzt Eier eingefroren haben will weil sie es nicht auf die Reihe gekriegt hat partnerschaftsfähig zu sein oder ihre Karriere vor Kinder gestellt hat, ja selbst dran schuld ja? Also pf ((bläst Luft zwischen Zähnen aus)) kein Mitleid. Null. Ja? @(ja?)@.“
(Dr. B: 507–513)

Kein Mitleid für die, die ‚zu spät‘ kommen? Wovon Dr. Burkhard hier sein Mitgefühl abhängig macht, ist Inhalt des folgenden Kapitels, das sich mit der im Diskurs um ‚Social Freezing‘ sehr dominanten Unterscheidung ‚medizinischer und nicht-medizinischer‘ Motive beziehungsweise Indikationen beschäftigt.

Für Dr. Burkhard macht es einen „moralische[n] und ethische[n] Unterschied“ mit welcher Motivlage eine Frau zu ihm als Reproduktionsmediziner zur Behandlung kommt. Unter „Fertiprotektion“ versteht er, das geht aus dem Kontext des Interviews hervor, das vorsorgliche Einfrieren von Eizellen bei kranken, vor allem krebskranken Frauen. Diese Frauen sind nicht ‚selbst schuld‘ – Krebs ist ein Schicksal, für das er die Frauen bemitleidet. Bei ‚kranken‘ Frauen bestehe die Zukunftsperspektive, die er ihnen „noch“ ermöglichen möchte, in der potentiellen Realisierung eines Kinderwunsches nach einer Krebstherapie. Die Frau, die in seiner Erzählung ohne ‚medizinische‘ Indikation ihre Eizellen eingefroren haben möchte, hat ihre potentielle Kinderlosigkeit „selbstverschuldet“. Hier macht Dr. Burkhard einen klaren Unterschied: die Krebspatientin bekommt Mitleid, die

38-jährige ‚Singlefrau‘ oder ‚Karrierefrau‘ nicht.⁴⁴ Er delegitimiert dadurch das Einfrieren der Eizellen der 38-jährigen ‚gesunden‘ Frau und wertet diese dafür ab, dass sie in seinen Augen etwas selbstverantwortlich ‚falsch‘ gemacht hat. Wie eingangs bereits erwähnt wurde, ist die Unterscheidung, die hier deutlich wird, dem Begriff ‚Social Freezing‘ immer schon inhärent. „Social“ steht nämlich für die Bezeichnung irgendwie gearteter „sozialer“ im Gegensatz zu ‚medizinischen‘ Indikationen für das Kryokonservieren unbefruchteter Eizellen.⁴⁵

Wie an diesem kurzen Beispiel bereits deutlich wird, werden anhand der Unterscheidung ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ bestimmte Handlungen, Eingriffe und Motive legitimiert bzw. delegitimiert. Das folgende Kapitel widmet sich den Narrativen dieser Unterscheidung und versucht ausfindig zu machen, welche Funktion sie zum einen für die Reproduktionsmediziner_innen haben und zum anderen, welche Frauenbilder und -figuren dergestalt produziert werden. Es wird sich zeigen, dass sich die Unterscheidung ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ in Verhandlungen zur eigenen Profession im Rahmen ‚entgrenzter‘ Medizin (vgl. Wehling/Viehöver 2011) und in der Verhandlung von Frauenbildern im Umgang mit der Technologie entfaltet. Zusammenfassend wird die Frage verhandelt, was (gute) Reproduktionsmedizin leisten kann und soll.

Zunächst wird es im Folgenden darum gehen, die Erzählung des *Ursprungs* der Technologie in der Onkologie und deren Abweichungen nachzuzeichnen. Damit wird die medizinische Seite der Unterscheidung zwischen Medizin und ‚Lifestyle‘ beleuchtet, die hauptsächlich anhand einer Beschäftigung mit der eigenen Profession stattfindet (Kapitel 3.1). Daran anschließend soll die andere Seite der Unterscheidung, die, des ‚Lifestyle‘, untersucht werden, die hauptsächlich über Narrative der Frauen, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen, erfolgt (Kapitel 3.2).

In Kapitel 3.3 erfolgt dann die Reflexion einer Unterscheidungspraxis, die darin mündet, eine Technologie über Motive in den Anwendungsbereichen dergleichen zu legitimieren oder zu delegitimieren. Dies geschieht im Kontext ärztlicher Selbstbeschreibung einer Profession, die sich vor veränderte Erwartungshaltungen gestellt sieht. Es soll zusammenfassend nachgezeichnet werden, was es mit den Unterscheidungen von ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘, seriös – unseriös, ‚ideale‘, ‚tatsächliche‘ und ‚unerwünschte‘ Patientin auf sich hat.

44 Auf die Singlefrauen und die Figur der ‚Karrierefrau‘ werde ich später noch einmal Bezug nehmen (vgl. Kapitel 3.2).

45 Zur Genese des Begriffs ‚Social Freezing‘ siehe Kapitel 1.

3.1 Der ‚eigentliche‘ Nutzen einer Technologie: über den Ursprung in der Medizin

E: „(...) das ist ja letztlich keine Medizin. Das ist ja ein ja Lifestyle. Ja? Der aber eines medizinischen Handelns bedarf.“ (Dr. E: 73–74)

Dr. Eichberg grenzt ‚Social Freezing‘ vom Bereich der Medizin ab, benennt es als eigenständigen Bereich und führt dessen Abhängigkeit zur Medizin an. Als „Lifestyle“ mit einem Bedarf an „medizinische[m] Handeln[...]“ wird die Technologie in diesem Kontext definiert. Diese Unterscheidung scheint, wie bereits ausgeführt wurde (vgl. Kapitel 1), im Falle von ‚Social Freezing‘ von großer Bedeutung zu sein. In diesem Kapitel soll es daher zunächst um die medizinische Seite der Unterscheidung Medizin – Lifestyle gehen, beziehungsweise um das Abgrenzen der Medizin vom Lifestyle. „Lifestyle“ ist im Zitat von Dr. Eichberg hier gleichbedeutend mit ‚nicht-notwendig‘, extravagant und übertrieben. Dr. Eichberg zieht die Linie der Unterscheidung zwischen ‚medizinisch und nicht-medizinisch‘ bei der Differenz ‚notwendig und nicht-notwendig‘. Er, als Mediziner, ist zwar weiterhin mit seiner Expertise gefragt, es besteht Bedarf an „medizinische[m] Handeln“ seinerseits, doch fällt der Eingriff aufgrund seiner fehlenden Notwendigkeit für ihn nicht unter „Medizin“. ‚Social Freezing‘ *muss nicht sein*, so die Botschaft, andere Eingriffe, die ‚notwendig‘ sind, vielleicht schon.

Ganz wichtig erscheint innerhalb der Unterscheidungen ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ und ‚notwendig – nicht-notwendig‘ und der Verknüpfung der beiden Unterscheidungen, der Verweis auf den ‚Ursprung‘ der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen in der Onkologie als ‚eigentlicher‘ Funktion der Technologie, deren andere Seite das Einfrieren aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen ist. Dr. Burkhard führt dazu aus:

B: „Ähm wir bieten es an, ähm ich muss aber dazu sagen dass wir ’nen anderen Hintergrund haben, als die anderen Zentren (...) ja? Das heißt wir ham für Frauen junge Frauen die ’ne Krebstherapie vor sich haben und ’ne Strahlentherapie denen und davon daher kommt eigentlich des Social Freezing in Deutschland ähm die Möglichkeit gegeben ihre Eizellen oder ihr Eierstocksgewebe zu konservieren für den Fall dass wenn sie dann gesund sind eben noch eine Chance auf Kinder haben. Und des ist eigentlich die Wurzel des Social Freezing. Der Schutz der Krebskranken oder sonst schwerkranken Frau die ’ne Chemotherapie braucht und äh daher bieten wir das mehr oder weniger aber nicht unter dem Namen Social Freezing sondern tatsächlich

erstmal Fertilitätsprotektion, äh seit vielen Jahren an wir haben deshalb (...) schon ne viel längere Erfahrung. Ja?“ (Dr. B: 15–28)

Dr. Burkhard beschreibt hier im Kontrast zur Anwendung aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen, den „Schutz der Krebskranken oder sonst schwerkranken Frau“ als „Wurzel des Social Freezing“, als Nährboden und Ursprung. In diesem Fall, so das Narrativ, werde Frauen geholfen, die krank sind. Die Medizin kommt so ihrer ‚Heilfunktion‘ nach. Auch wenn das Einfrieren der Eizellen nicht in direktem Zusammenhang mit der Heilung der Erkrankung steht, so wird dennoch eine kranke Frau behandelt.

In seiner Erzählung des ‚eigentlichen‘ Ursprungs von ‚Social Freezing‘ grenzt sich Dr. Burkhard sehr beispielhaft (in seinem Zentrum: „wir“) von anderen Zentren, Praxen und Kliniken ab. Der „Hintergrund“ seines Zentrums wird somit ebenso zum ‚Eigentlichen‘ und ‚Ursprünglichen‘. ‚Social Freezing‘ werde nur praktiziert, weil die Technik ohnehin dieselbe und somit vorhanden sei. „Mehr oder weniger“ biete Dr. Burkhard's Zentrum daher ‚Social Freezing‘ nur unter dem ‚eigentlichen‘ Namen „Fertilitätsprotektion“ an.⁴⁶ Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung hier die Begrifflichkeiten bieten. Naiv könnte man zunächst davon ausgehen, dass die Motive der Patient_innen bei gleichem technologischem Vorgehen medizinisch von nicht allzu großer Bedeutung sind. Man könnte also die Frage stellen: Warum wird ein und dieselbe Technologie an der einen Stelle kaum hinterfragt angewandt während sie an der andern Stelle Zweifel, Fragen und, wie sich noch zeigen wird, Abneigung auslöst? Was am Beispiel hier sehr deutlich wird, ist das im Diskurs typische Verweisen auf den Ursprung der Technologie hinter ‚Social Freezing‘. Die Erzählung dieses Ursprungs wird zu einer Art wertendem ‚Eigentlichen‘ der Technologie, dessen Mutation ‚Social Freezing‘ ist.⁴⁷

46 Auf der Website des Zentrums ist der Begriff ‚Social Freezing‘ im Angebotsspektrum zu finden, aber nicht explizit beworben oder hervorgehoben.

47 Wie in Kapitel 2 knapp angesprochen, ist ein weiteres Feld der Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen die Fertilitätsprotektion transsexueller Menschen im Falle einer darauf geplanten Hormontherapie oder geschlechtsangleichenden Operation. Auf dem besuchten Kongress in Innsbruck wurde zum ersten und einzigen Mal dieses Feld thematisiert. Unklar ist, ob Mediziner_innen diese Form der Fertilitätsprotektion als ‚medizinisch notwendig‘, ‚nicht-notwendig‘ oder nichts von beidem erzählen würden. Auf der Veranstaltung in Innsbruck wurde die Einordnung in diese Unterscheidung nicht vorgenommen, sondern eher unter Kolleg_innen darüber aufgeklärt, mit Patient_innen die Möglichkeit des Fruchtbarkeitserhalts durch Kryokonservierung zu besprechen.

Matthias Kettners Begriff der „wunscherfüllenden Medizin“ kann als analytisches Instrumentarium⁴⁸ beschreiben, wie der Diskurs um den Ursprung der Technologie und die Notwendigkeit des Eingriffs geführt wird und worauf die aus dem Material herausgearbeiteten Narrative aufbauen (ebd. 2006 und 2009). Kettner entwirft den Begriff als Gegensatz zur „kurativen Medizin“, deren Ziele er etwa in der „Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung“ und dem „Heilen von Krankheiten“ usw. sieht (vgl. ebd. 2009, S. 7 nach Definitionen des Hasting Centers vgl. ebd. 2018). Dieses „medizinische Grundverständnis“ habe im 20. Jahrhundert zur Einordnung und zur Bewertung dessen geführt, was als ‚medizinisch notwendig‘ galt und was nicht. In Deutschland schlägt sich dieses Verständnis auch im Krankenkassensystem nieder, das nicht für Eingriffe aufkommt, deren ‚medizinische Notwendigkeit‘ nicht eindeutig geklärt ist (vgl. Kettner 2009, S. 7).

Verschiedene Entwicklungen, wie beispielsweise die Entstehung, Entwicklung und Nachfrage verschiedener medizinischer Zweige wie der Reproduktionsmedizin oder der ästhetisch-plastischen Chirurgie, deren ‚Notwendigkeit‘ nicht mehr eindeutig auszumachen sei⁴⁹, der Glaube an die Medizin, alles verbessern zu können (den Kettner „medizinische[n] Utopismus“ nennt), die zunehmende Akzeptanz und Plausibilisierung von Alternativmedizin und das Aufkommen individueller Gesundheitsleistungen im Krankenkassensystem führen dazu, dass zum „medizinische[n] Grundverständnis“ Fragen und Herausforderungen „wunscherfüllender Medizin“⁵⁰ hinzukommen:

48 Der Begriff der „wunscherfüllende[n] Medizin“ dient deshalb als methodisches Instrumentarium, weil er zur Beschreibung herangezogen wird. Die Argumentationen, die sich in der Unterscheidung ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ entfalten, ähneln sehr denen in Diskussionen rund um die sogenannte „wunscherfüllende Medizin“ (vgl. Kettner 2009, Eichinger 2013b). Es geht hier nicht darum, die Unterscheidungen, die der Begriff der *wunscherfüllenden* Medizin macht, a priori zu setzen, sondern mit dem Begriff die Argumente aus dem Material nachzuzeichnen. Für die spätere Deutung und Analyse der Ergebnisse kann der Begriff theoretisch deshalb kritisiert werden, da er sich rein auf die Nachfrage an wunscherfüllender Medizin im Sinne von Konsument_innen-Wünschen konzentriert (zur Kritik am Begriff vgl. Wehling/Viehöver 2011, S. 26 f.). Dies ist jedoch exakt das, was in den Narrativen der Mediziner_innen auftaucht.

49 Inwieweit eine ‚Notwendigkeit‘ jenseits von ‚Tod vermeiden‘ je so eindeutig gegeben war, sei dahingestellt. Jedoch soll der Begriff übernommen werden, um nachvollziehen zu können, nach welcher Logik das Erzählen über ‚Notwendigkeiten‘ funktioniert.

50 Zum Thema „wunscherfüllende Medizin“ gibt es für unterschiedliche Bereiche eine immer wachsende Anzahl an Publikationen, so etwa interdisziplinär: Kettner 2009; philosophisch: Eichinger 2013b; medizinethisch: Irrgang 2012; medizinpsychologisch: Borkenhagen et al. 2012; rechtlich: Wienke et al. 2009.

„Menschenbild und Anthropologie der herkömmlichen Medizin beziehen sich auf den kranken Menschen. In vielen medizinischen Bereichen zeichnet sich nun ein neuer Mensch der neuen Medizin ab, nämlich der Nutzer medizinischer Leistungen als ein Klient, der medizinisches Wissen und Können nicht mehr dazu braucht, um aus Leiden mit Krankheitswert sozusagen das normale Elend zu machen, sondern der medizinisches Wissen und Können dazu braucht, um sich zu der eigenen körperlichen Verfassung genau diejenige Nähe und Passung zu seiner Lebensführung zu schaffen, die er oder sie sich wünscht.“ (ebd. S. 11)

Die Medizin ist somit einem (viel diskutierten) Wandel unterworfen, von dem einzelne medizinische Disziplinen mehr oder weniger betroffen sind und der sich, zumindest in der Selbst- und vielfach Fremdwahrnehmung, immer weiter ausbreitet.⁵¹

„In dieser Expansionstendenz manifestiert sich nicht weniger als ein grundlegender Wandel und Transformationsprozess der Medizin als Ganzer. Bestimmung und Grenzen ärztlichen Handelns scheinen nicht mehr länger an die Zielsetzungen kurativer, rehabilitierender und palliativer Praxis gebunden, sondern verschieben sich mehr und mehr zu einem Verständnis von Medizin als einer Dienstleistung, die auf Wunsch angefordert und erbracht werden kann.“ (Eichinger 2013b, S. 10)

Krankheit ist so nicht mehr nur die leitende Kategorie, mit der es die Medizin zu tun hat. Iris Junker und Matthias Kettner sprechen deshalb von einem „doppelten Code“ der Medizin, der sich aus einer verwobenen Beziehung aus Gesundheit und Krankheit ergibt:

„Der Code der Krankheit erzeugt Patienten, Kranke, Behandlungsbedürftige und einen heilenden (kurativen) Versorger. Der Code der Gesundheit erzeugt Gesunde, die medizinische Leistungen wie Marktteilnehmer nachfragen, also Klienten oder Kunden, und einen Dienstleistungen anbietenden Versorger.“ (ebd. 2009, S. 58)

Innerhalb dieser Etablierung ‚nachfragender Klient_innen‘ kommt der Frage nach der Indikation einer medizinischen Leistung besondere Bedeutung zu, da diese nicht mehr eindeutig geklärt sei.⁵² Gerade der Bereich der Fortpflanzungsmedizin sei dahingehend mit verschwommenen Grenzen konfrontiert, weil die Forderungen

51 Um Wandel in der Profession der Medizin im Sinne des Anwachsens von Patient_innen-Autonomie und dem Wandel des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses geht es in Kapitel 5. Für den Moment soll die gewiss verkürzte Abgrenzung als „wunscherfüllende Medizin“ im Gegensatz zur „kurativen Medizin“ genügen.

52 „Auf der fachwissenschaftlichen Handlungsebene wie auch der rechtlichen Pflichtebene geht es (...) um die Indiziertheit einer medizinischen Maßnahme und daher medizinrechtlich um Begriff und Bedeutung medizinischer Indikation als Normkonzept. Als Indikation gilt der ‚Grund zur Anwendung eines bestimmten, diagnostischen oder

an diese Subdisziplin aus gegenläufigen Logiken bestehen. Zum einen sei es durch die Pille das Verhindern von Schwangerschaften, zum anderen das Ermöglichen gesunder Schwangerschaften (ebd. S. 60 f.).

Durch den Bedeutungszuwachs wunscherfüllender Medizin obliege es immer häufiger Ärzt_innen selbst, die Indiziertheit einzuschätzen und gemeinsam mit Patient_innen über eine Behandlung zu entscheiden. Das dem zugrunde liegende Konzept des informed consent als ein anderes Normkonzept neben der Indikation (Damm 2009) wird in Kapitel 5 näher beleuchtet. Für den Moment ist es wichtig zu erwähnen, dass Grenzen dessen, was als ‚medizinisch indiziert‘ zur Behandlung von Krankheit als Wesensmerkmal der Medizin galt, ins Wanken geraten sind und neu verhandelt werden.

Peter Wehling und Willy Viehöver (2011) sprechen daher von einer „Entgrenzung der Medizin“, die durch einen Wandel gesellschaftlicher Erwartungen, Anforderungen, Ziele und Handlungsrahmen und somit auch ihrer Selbstbeschreibung gekennzeichnet ist:

„Entgrenzung steht dabei für ein vielschichtiges und heterogenes Geschehen, das sowohl Elemente der Grenzverschiebung, der Grenzüberschreitung, der Grenzverwischung sowie der Grenzpluralisierung mit einschließt.“ (ebd. S. 9)

Auf den folgenden Seiten soll es darum gehen, die Erzählung jener Grenzverschiebungen nachzuzeichnen. Zunächst werden dazu jene Narrative beleuchtet, die explizit auf den Unterschied zwischen ‚medizinischen und nicht-medizinischen‘ Motiven für das Einfrieren der Eizellen verweisen. Daran anschließend wird analysiert, wie am Thema *Werbung* das eigene Schaffen als Reproduktionsmediziner_in in einem Spannungsverhältnis zwischen Medizin und Lifestyle legitimiert wird. Dabei geht es zuletzt immer auch darum, ethische und moralische Aspekte neuer Technologien zu reflektieren und sich als *professionell* und vor allem *seriös* im Gegensatz zu Kolleg_innen zu positionieren, die medizinische Eingriffe kommerzialisieren.

Notwendigkeiten und Motive: über ‚medizinische und nicht-medizinische‘ Indikationen

D: „(...) Ähm die Patienten kommen sozusagen mit ’nem Auftrag, dementsprechend ist des Lifestyle Medizin muss ma ja einfach sagen, das ist ja nichts notwendiges, (...).“ (Dr. D: 22–24)

therapeutischen Verfahrens in einem Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt“ (Pschyrembel 2004 in Damm 2009, S. 185).

Dr. Degenhardt bezeichnet ‚Social Freezing‘ als „Lifestyle Medizin“ mit der Begründung, dass es keine medizinisch begründete Notwendigkeit für einen solchen Eingriff gebe. Die „Patienten“ kämen mit einem „Auftrag“, so lautet das Narrativ, das mehr nach Dienstleistungscharakter klingt als nach ‚medizinischer‘ Indikation. Ein Auftrag wird erteilt und vertraglich geregelt, was wirtschaftliche Assoziationen weckt. Auch Dr. Abels unterscheidet anhand von Notwendigkeiten:

A: „Das muss man natürlich ganz knallhart ähm auch mit der Patientin diskutieren. Sie setzen eine gesunde Frau einem medizinischen Risiko aus. Also Sie stimulieren die Frau, die bekommt Hormone was sonst ne Kinderwunschpatientin eben äh durchmachen muss dass man eben eine sogenannte Superovulation erreichen kann, das is ja sonst für diese Frau nicht notwendig ja? Die hat ja sonst kein Problem: muss aber diese Behandlung durchmachen damit wir möglichst viele Eizellen gewinnen können; und deswegen sind Risiken da der die denen die Frau sonst nicht ausgesetzt wäre. (...) Ja?“ (Dr. A: 69–80)

Sie beschreibt die Frau, die explizit *keine* Kinderwunschpatientin ist, als ‚gesund‘, sie habe „sonst kein Problem“. Für die „Kinderwunschpatientin“, die ein Problem habe, seien die Risiken, die eine Behandlung mit sich bringt vertretbar. Mit der Frau, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen wolle, müsse „knallhart“ diskutiert werden.⁵³ Der Begriff der ‚Diskussion‘ impliziert Meinungsgegensätze und den Austausch über diese, nicht selten mit dem Ziel, das Gegenüber zu überzeugen.

Die Legitimation, einer Frau Risiken wie beispielsweise einer „Superovulation“⁵⁴ auszusetzen, wird hier über ein zuvor bestehendes Leiden erteilt. Mögliche andere Motive der Frau, die nicht krank ist und ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen möchte, sind für Dr. Abels hier „kein Problem“. Mit „Problem“ werden rein medizinisch definierte Krankheiten in Verbindung gebracht. Wenn Frauen, wie bei Dr. Degenhardt oben gesehen, eine Dienstleistung in Anspruch nehmen wollen oder mit einem „Auftrag“ auf die Mediziner_innen zukommen, dann muss in der Kombination der beiden Erzählungen von Dr. Degenhardt und Dr. Abels „knallhart“ darüber diskutiert werden. Es klingt danach, als müssten diese Frauen Dr.

53 Oft wird in Zusammenhang mit wunscherfüllender Medizin bei sinkender erkennbarer ‚medizinischer‘ Indikation ein steigender Bedarf an Information gefordert (vgl. Damm 2009). Auf diesen Aspekt werde ich noch einmal ausführlich eingehen, wenn es in Kapitel 5 um Aufklärung und informed consent geht.

54 Von einer Superovulation spricht man, wenn nach einer Hormontherapie eine außergewöhnlich hohe Anzahl an Follikeln produziert wird.

Abels vom Eingriff überzeugen, weil er für sie nicht ‚medizinisch-notwendig‘ sei. Es stellt sich die Frage, wie die Grenze der *Notwendigkeit* eines Eingriffs gezogen wird.

Ein erster Anhaltspunkt kann in der Unterscheidung „kurativer“ und „wunscherfüllender“ Medizin gefunden werden. Wie für die „wunscherfüllende Medizin“ beschrieben, geht es bei der „Kinderwunschpatientin“ in Dr. Abels Zitat darum, ein *Leiden* zu verringern, bei der Frau, die ‚Social Freezing‘ beanspruchen möchte jedoch darum, einen *Wunsch* zu erfüllen.

„Wünsche im hier interessierenden Sinne sind nicht einfach nur gedachte Möglichkeiten, sondern kulturell interpretierte Bedürfnisse. Wunscherfüllende Medizin widmet sich Bedürfnissen, während kurative Medizin am Krankheitsbegriff orientiert ist beziehungsweise an einem Gesundheitsbegriff, der strukturell als eine doppelte Negation verstanden wird: Gesundheit im hier relevanten Sinne ist allemal die Abwesenheit (= erste Negation) von etwas Negativem, nämlich der krankheitswertigen Beeinträchtigung (= zweite Negation), und die medizinische Behandlung führt im Idealfall zur Wiederherstellung des unmarkierten Zustands, der Gesundheit.“ (Kettner 2006, S. 11)

Dr. Abels bezieht sich also auf einen kurativen Begriff der Medizin, wenn sie attestiert, dass die Frau „(...) ja sonst kein Problem“ hat. Zwischen ‚krank‘ und ‚gesund‘ scheint es eindeutige Unterschiede zu geben.⁵⁵

Auch Dr. Eichberg macht einen Unterschied, je nachdem, mit welchen Motiven eine Frau ihn in Sachen Kinderwunsch aufsucht:

55 In der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur wird ebenfalls diskutiert, warum es einen Unterschied macht, ob ‚medizinische‘ oder ‚nicht-medizinische‘ Indikationen bei einem Eingriff vorliegen: „Diese Techniken werden seit einigen Jahren als fertilitätskonservierende Maßnahmen bei medizinischen Indikationen, zum Beispiel vor Chemo- oder Strahlentherapien (...), durchgeführt. Als bestätigt wurde, dass diese Techniken bei medizinischer Indikation eingesetzt werden können, war der Schritt zu fertilitätskonservierenden Maßnahmen bei nichtmedizinischen Indikationen nicht mehr groß. Allerdings haben diese – oft auch als „social freezing“ bezeichneten – Eingriffe eine andere Dimension als bei medizinischen Indikationen, dem „medical freezing“. Bei Letzterem werden Notfallmaßnahmen ergriffen, um für den Fall eines Funktionsverlustes der Gonaden [Eierstöcke oder Hoden] infolge einer zytotoxischen [für die Zellen giftige, schädigende] Therapie gegebenenfalls später den Kinderwunsch noch erfüllen zu können. Bei nichtmedizinischen Indikationen dienen die fertilitätskonservierenden Therapien dazu, zum Beispiel aus beruflichen Gründen oder bei einem fehlenden Partner den Kinderwunsch zu verschieben. Auch wenn der Übergang zwischen „medical freezing“ und „social freezing“ fließend ist, müssen die Risiken fertilitätskonservierender Maßnahmen sowie deren Effektivität sowohl medizinisch als auch ethisch nach unterschiedlichen Aspekten bewertet werden.“ (von Wolff et al. 2015b, S. 27)

E: „(...) Aber is halt 'ne andere Situation bei der Frau die wirklich schon auf Grund eines ich sag mal in Anführungsstrichen Leidensweges wegen ihrer Kinderlosigkeit kommt, oder eine die des ja so wie 'ne Hausratsversicherung jetzt eben auch 'ne Lebensversicherung aufn Kind abschließt ne? Und der dann so ne Maßnahme zuzumuten mit den möglichen Risiken muss man einfach zumindest finde ich anders bewerten.“ (Dr. E: 136–141)

Auch Dr. Eichberg begründet seine differenzierte Betrachtung mit den Risiken, die bei einer Behandlung anfallen können. Auch er zeichnet das Bild einer Dichotomie aus der Frau, die „wegen ihrer Kinderlosigkeit“ leidet und der Frau, die ihren Kinderwunsch ‚versichern‘ will. Die Frau, die „(...) ne Lebensversicherung aufn Kind abschließt (...)“ wirkt im Gegensatz zu der Frau, die leidet, kühl und berechnend.⁵⁶ Sie plant und kalkuliert ihr Leben, während die andere Frau an Krebs leidet. Der Leidensweg legitimiert Risiken, die anfallen könnten. Eine Versicherung auf einen Kinderwunsch abschließen zu wollen, dies kann erahnt werden, *delegitimiert* als Motiv Risiken, die in Kauf genommen werden würden.

Auch in der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur wird auf die fehlende „medizinische Notwendigkeit“ hingewiesen und die Frage klar geklärt, was zumindest nicht ‚krank‘ ist:

„Frauen setzen sich ohne medizinische Notwendigkeit (Qualitätsverlust der Eizellen und abnehmende Fruchtbarkeit im fortgeschrittenen Alter sind keine Krankheiten!) den Risiken der invasiven Eingriffe der Eizellentnahme im Rahmen der begleitenden IVF Behandlung/en aus (Letztgenanntes erfolgt häufig mehrmals, bis der gewünschte Erfolg eintritt).“ (van der Ven/Pohlmann/Höfle 2017, S. 3)

Im Zuge dieser Beschreibung der Notwendigkeit von ‚Social Freezing‘ wird hier der Verlust der Fruchtbarkeit im Laufe des Alterns als nicht krankhaft definiert.⁵⁷ Die medizinische Notwendigkeit ist hier wie in allen bisherigen Ausführungen Gradmesser der Legitimation von Risiken.

Der Begriff von Risiko erscheint hier in einem eigenartigen Spannungsfeld zwischen Unumgänglichkeit und Selbstverantwortung. Es scheint, als gäbe es zum einen Risiken medizinischer Eingriffe, die im Namen der Heilung in Kauf genommen werden müssen. Zum anderen gibt es Risiken, die ohne Notwendigkeit in Kauf genommen werden. Diese zweite Form von Risiken, das werde ich auch in Kapitel 5 zeigen, müssen in höherem Maße selbst verantwortet werden. Diese Form von Risiken jenseits ‚medizinischer‘ Indikationen, die eine Entgrenzung der

56 Zu Konstruktionen von Frauenbildern siehe auch Kapitel 3.2.

57 Auf den Verlust weiblicher Fruchtbarkeit werde ich vor allem in Kapitel 4.1 eingehen.

Medizin mit sich zu bringen scheint, ist es, die *selbst* gemanagt werden muss und die zur Selbsttechnologie wird (vgl. etwa Lemke 2000; Rose 2001).

Was hier bereits deutlich wird, ist das Sprechen von Vertreter_innen einer Profession, die in ihrer Selbstbeschreibung medizinisches tun und die sich im Zuge einer technologischen Neuerung nun auch oder einmal mehr vor die Erwartung gestellt sehen, ihr medizinisches Handeln auszuweiten.

Dr. Burkhard spricht im Interview darüber, wie viel wichtiger Aufklärung in den Fällen sei, in denen keine medizinische Indikation vorliege.⁵⁸

B: „(...) Plastische Operationen Busenvergrößerungen muss man eigentlich wahnsinnig gut aufklären und das hier ist ja nichts medizinisch Notwendiges. Die Frau ist nicht krank ja? Und lässt sich behandeln und Eier rausnehmen ja?“ (Dr. B: 301–303)

Dr. Burkhard vergleicht ‚Social Freezing‘ mit einem plastisch-chirurgischen Eingriff anhand der für den Eingriff notwendigen Aufklärung über mögliche Risiken. Auf das Thema der Aufklärung wird, wie bereits erwähnt, ausführlich in Kapitel 5 eingegangen werden. Für den Kontext der Differenzierung medizinischer Notwendigkeiten ist hier interessant, dass er das vorsorgliche Einfrieren von Eizellen zum späteren Gebrauch mit „Busenvergrößerungen“ vergleicht. Beides, so benennt er es, ist „nichts medizinisch Notweniges“, weshalb noch mehr Wert auf eine sorgfältige Aufklärung über Risiken gelegt wird. Frauen, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen, sind „nicht krank“⁵⁹ und lassen sich ‚trotzdem‘ medizinisch behandeln. Wieder taucht das Narrativ der ‚nicht-kranken‘ Frau hier auf. Der Vergleich zum konkreten Eingriff von „Busenvergrößerungen“ ist gewiss nicht zufällig. Auch in der sogenannten „Schönheitschirurgie“ gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung der Legitimität verschiedener Eingriffe (vgl. Meili 2008; Maasen 2005). Barbara Meili zeichnet für den Bereich der „Schönheitschirurgie“ nach, mit welchen Strategien sie sich mit häufig delegitimierten Eingriffen als medizinische Disziplin einzubetten versucht (ebd. 2008). Dabei ist eine der Strategien das Auslagern von Verantwortung auf Patient_innen, das durch Aufklärung geschieht. Gerade der Bereich der plastischen Chirurgie ist im Spannungsfeld von Wiederherstellung und Dienstleistung schon immer ein Feld der Grenzverschiebungen und -verhandlungen „zwischen medizinisch indiziert, psychotherapeutisch hilfreich, Wellness oder

58 Um Aufklärung wird es in Kapitel 5 ausführlich gehen, hier soll der Fokus darauf gelegt werden, auf welche Art und Weise die Notwendigkeit der Aufklärung entlang der Unterscheidung ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ plausibilisiert und begründet wird.

59 Zum Begriff der Krankheit vgl. z. B. Buyx/Hucklenbroich 2009.

Enhancement“ (Villa 2011, S. 145). Kathy Davis beschreibt beispielsweise für den Fall ästhetisch-plastischer Chirurgie die Kostenübernahme in den Niederlanden. Dort wird verhältnismäßig oft ästhetisch-plastische Chirurgie mit dem Argument der psychischen Belastung von Krankenkassen übernommen. Sie erläutert, wie im Falle von Kürzungen des öffentlichen Gesundheitssystems Kataloge körperlicher „Normalität“ entstanden, um wissenschaftlich begründet einschätzen zu können, für wen ein kosmetisch-chirurgischer Eingriff bezahlt werden sollte und für wen nicht (ebd. 2008, S. 5ff.). Für den Bereich der plastisch-ästhetischen Chirurgie wird vielfach diskutiert und in Frage gestellt, wie *medizinisch* psychisches Leiden am Äußeren sei. ‚Das Psychische‘ wird zur wichtigen Größe in der Bewertung von Notwendigkeiten der ‚Schönheitschirurgie‘ (vgl. Maio 2007). Analog dazu könnte im Fall von ‚Social Freezing‘ gefragt werden: Wie ‚notwendig‘ ist ein Kinderwunsch und wie ‚medizinisch‘ kann das Leiden an einem nicht erfüllten Kinderwunsch sein?

B: „Ja. Ja. Also die Notwendigkeit ist immer dahingestellt ob’s notwendig is ’n Kind zu kriegen. Aber äh ich glaube dass allein die Diagnose Krebs ja? Schon vernichtend is ja? (...) Und wenn Sie jetzt dieser jungen Frau mit 18 sagen Sie haben Krebs den kriegen wir aber vielleicht geheilt, ja? Aber danach kriegen Sie leider nie mehr Kinder, ja? Des is richtig scheiße ja? Das ist richtig schlecht ja? Und deshalb seh ich das schon auch aus ’ner psychologischen Indikation heraus äh gerechtfertigt.“ (Dr. B: 476–489)

Dr. Burkhard stellt zwar die Notwendigkeit der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen vor einer Krebsbehandlung in Frage, rechtfertigt diese jedoch auf psychologischer Ebene. Er bezieht die Diagnose Unfruchtbarkeit auf die Diagnose Krebs und steigert die beiden Diagnosen in Kombination zu „richtig scheiße“. Die ursprüngliche Funktion von ‚Social Freezing‘ wird hier also über ein Doppel an Leid legitimiert, das man einer jungen Frau ersparen möchte. Dr. Burkhard macht einen sehr mitfühlenden Eindruck. Die Kombination aus dem Alter der jungen Frau im Beispiel und ihrer Krebsdiagnose macht die Reproduktionsmedizin zwar nicht zur Heilerin der Krankheit, doch aber zur Heilerin von Leid. In jedem Fall möchte Dr. Burkhard als Mediziner hier der 18-jährigen Krebspatientin helfen, nicht noch mehr Leid zu erfahren. Auch hier wird analog zur plastischen Chirurgie ein psychisches Leiden zum medizinischen Grund. Im Gegensatz zur plastischen Chirurgie, der psychisches Leiden zur Legitimation von Eingriffen jenseits medizinischer Indikationen dient, werden hier ‚medizinisch indizierte‘ Eingriffe noch mehr legitimiert.

In der medizinethischen Debatte über Reproduktionsmedizin wird die medizinische *Notwendigkeit* eines Kinderwunsches ebenso als Spannungsverhältnis zwischen Wunsch und Bedürfnis diskutiert:

„Oft wird dieses Verlangen als tiefes Bedürfnis erlebt, das zentrale Bedeutung für den eigenen Lebensplan und nicht selten für das Selbstverständnis als Frau hat. Insofern scheint der Kinderwunsch kein bloßer Wunsch zu sein, wie es andere Formen des individuellen Verlangens und subjektiven Wollens sind – wie etwa kurzlebige Wünsche nach Konsumgütern, nach Formen der Selbstverwirklichung o. ä., die durchaus sehr oberflächlich, instabil oder kurzlebig sein können. Allerdings entscheiden sich Frauen und Paare auch (und auch immer häufiger) bewusst und freiwillig für ein Leben ohne Kinder, was gleichzeitig darauf hindeutet, dass der Kinderwunsch kein universales Grundbedürfnis sein kann, dessen Befriedigung jeder Mensch zwingend oder auch ‚natürlicherweise‘ anstreben sollte.“ (Eichinger 2013a, S. 79f.)

In den Interviews wurde einzig von Dr. Burkhard hinterfragt, wie ‚medizinisch notwendig‘ ein Kinderwunsch sei.⁶⁰ Diese Grenzen werden ansonsten vielmehr implizit innerhalb der Verhandlung dessen, was als ‚notwendig‘ und was als ‚nicht-notwendig‘ gilt, mitgetragen. Die Frage danach, was Medizin ist und was nicht, wurde ebenso nicht explizit verhandelt. Wie bisher gezeigt werden konnte, handelt es sich stets mehr oder weniger um Auffassungen dessen, was als traditionell ‚kurative‘ Medizin beschrieben wird.⁶¹ Es wird deutlich, dass in den Verhandlungen von ‚Social Freezing‘ ganz grundlegende Fragen der eigenen Profession mitdiskutiert werden. So schwingt in den Narrativen über Notwendigkeiten nicht weniger als die Frage mit, *was Medizin ist und womit sich Mediziner_innen beschäftigen (sollen)*.

Dr. Clausen definiert für sich den Ursprung der Medizin ein wenig weiter gefasst und schließt damit den Bereich der ansonsten als neu- und andersartig beschriebenen wunscherfüllenden Medizin mit ein:

C: „(...) Das ist ja immer die Frage was kritisieren wir eigentlich? (...) ähm kritisieren wir dass wir die Gesellschaft dass die Gesellschaft älter wird? Kritisieren wir dass wir nicht mehr mit 40 sterben? Muss man sich alles fragen was kritisieren wir eigentlich? Ja? Äh grundsätzlich is'es toll dass die Menschen fitter sind äh länger leben, ähm gesünder leben (.) was (.) was stört

60 Zur Verhandlung von Kinderwunsch als Krankheit siehe ausführlich Ullrich 2012, vor allem S. 107 ff.

61 Wie bereits erwähnt, wird diese Unterscheidung als Beschreibung mit benutzt, da sie in den Interviews implizit so zu finden ist. Dies bedeutet nicht, dass die Konsequenzen der Unterscheidung soziologisch geteilt werden. Es soll lediglich nachgezeichnet werden, wie sie in der Praxis beobachtbar ist und relevant wird.

mich daran das is die Frage. Ja. Mich stört daran nichts dass 'ne Frau äh mit 40 schwanger wird und ihr Kind bekommt. Ehrlich gesagt stört mich daran gar nichts. Äh die Medizin war immer dazu da, sie is von ihrer von ihrem Ethos her sowieso dazu da Menschen zu helfen, Hippokrates is unser quasi unser Antrieb äh und die Technik in der Medizin ermöglicht es uns einfach quasi den Leuten einfach noch mehr noch bessere Hilfe zu bieten, ähm Social Freezing ist auch nur eine Technik in dem Kontext, und die Geburtshilfe ist auch in den letzten 20 30 Jahren immer besser geworden (...)" (Dr. C: 372–385)

Dr. Clausen stellt ‚Social Freezing‘ hier in eine Linie mit anderer medizinischer oder reproduktionsmedizinischer „Technik“. Zuvor erzählt er im Interview von ‚konservativen‘ Fachkolleg_innen, die Technik per se negativ gegenüber eingestellt sind. Des Öfteren rechtfertigt er ‚Social Freezing‘ damit, dass diese nur eine weitere technische Errungenschaft in der Medizin sei, die logischerweise genutzt würde. Seine Skepsis gegenüber der ‚Technophobie‘ mancher Kolleg_innen fasst er mit der Frage „was kritisieren wir eigentlich?“ zusammen. Ihn persönlich, so stellt er heraus, ‚störe‘ nichts an der Tatsache, dass Frauen später gebären als noch vor einigen Jahrzehnten. Mit dem Hippokratischen Eid als Symbol medizinischer Grundlegungen definiert er die Aufgabe, den „Ethos“ der Medizin damit, „Menschen zu helfen“. Technik fasst er als Mittel auf, diese Aufgabe zu erfüllen. Somit fällt ‚Social Freezing‘ in den Aufgabenbereich der Medizin, Menschen zu helfen. Hier zeigt sich die Ambivalenz und Uneindeutigkeit der Grenzen, entlang derer Kategorien ‚medizinisch und nicht-medizinisch‘ laufen.

Anders als in den oben gezeigten Interviews ist die Darstellung von möglichen Motiven für ‚Social Freezing‘ auf den untersuchten Websites anbietender Kinderwunschzentren. Auf zwei von drei untersuchten Seiten taucht die Differenz ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘ nur im Kontext des Verweises auf die Erfahrung in Sachen Kryokonservierung auf, die betreffende Praxen und Kliniken bereits im Einfrieren aus medizinischen Gründen sammeln konnten. Auf der Website der Eizellbank Erlangen wird das Thema „Motive“ folgendermaßen präsentiert:⁶²

62 Die Differenz wird insofern auf den Websites ebenso gezogen, da es sich um Websites handelt, die explizit den Begriff ‚Social Freezing‘ verwenden und alle diesen als Einfrieren aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen definieren.

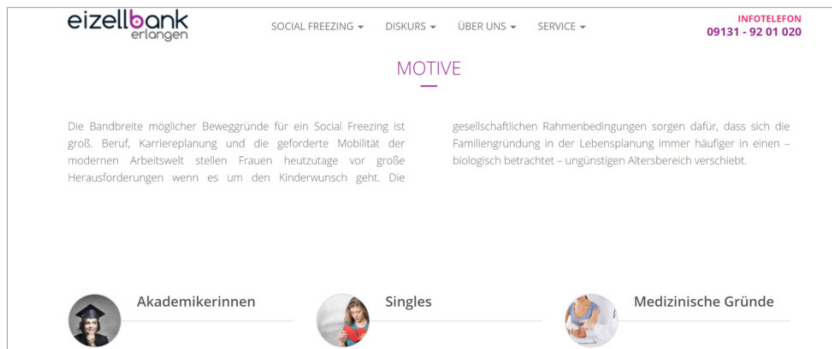


Abb. 2 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Motive“

Im Gegensatz zu den Erzählungen in den Interviews macht die Website der Eizellbank Erlangen hier auf der Unterseite „Motive“ keinen Unterschied, ob Frauen als „Akademikerinnen“, „Singles“ oder aus „medizinischen Gründen“ kommen und sich für ‚Social Freezing‘ interessieren beziehungsweise es durchführen lassen wollen. Die Unterscheidung wird zwar gemacht, es werden unterschiedliche Motive dargestellt, sie scheint aber an anderen Grenzen zu verlaufen als in den meisten Interviews. Im Text unter der Überschrift „Motive“ hingegen werden „[m]edizinische Gründe“ nicht genannt. Eher werden mit „Beruf, Karriereplanung und die geforderte Mobilität der modernen Arbeitswelt“ Motive aus dem Bereich des Erwerbslebens genannt, die zum Verschieben von Elternschaft führen. Auf das Narrativ des „biologisch betrachtet – ungünstigen Altersbereich“ werde ich in Kapitel 4.1 genauer eingehen, zur Motivlage der „Akademikerinnen“ und der „Singles“ im nächsten Kapitel 3.2⁶³. Hier lege ich den Fokus zunächst auf die Art von „[m]edizinische[n] Gründen, die genannt wird.

⁶³ Erwähnenswert ist die Darstellung der kleinen runden Bildchen, im einen Fall einer glücklichen Frau in Talar und Doktorhut. Diese „Akademikerin(...)“ ist also entweder promoviert oder der Hut und Talar gilt als international zu verstehendes Symbol auch niedrigerer Qualifikationsgrade. Die Frau im Bild daneben, der „Single“, hält traurig nach unten sehend ein großes rotes gebrochenes Herz in der Hand. Ihr wurde in der Logik der Darstellung kürzlich von einem Mann das Herz gebrochen vgl. Kapitel 3.2.



Abb. 3 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Motive“

Als Motiv wird hier die „Angst vor einer vorzeitigen Ovarialinsuffizienz“ den anderen Motiven für ‚Social Freezing‘ gleichwertig hinzugefügt. Es wird sehr wohl auf die im Diskurs am häufigsten genannten Motive Bezug genommen, indem von „es gibt auch medizinische Motive“ die Rede ist. Die Eizellbank Erlangen macht also bewusst einen Unterscheid zur herkömmlichen Beschreibung. Wie oben (siehe S. 68) in der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur nachzulesen war, wurde dort die Ovarialinsuffizienz im Alter als nicht krankhafter Zustand beschrieben. Auch die Eizellbank Erlangen hält sich an diese Beschreibung und adressiert daher die *Angst* vor einer „vorzeitigen Ovarialinsuffizienz“ als ‚medizinischen‘ Grund (Hervorhebung: JF). Es wird also die Angst vor einer antizipierten Krankheit zum ‚medizinischen‘ Motiv. *Wer* Angst haben sollte und *wer* einen vorzeitigen Funktionsverlust der Eierstöcke zu befürchten habe, wird nicht weiter ausgeführt.

Auf den ersten Blick nimmt diese Website damit eine gegensätzliche Position zu den Interviews ein. Dies ist eine der Stellen, an denen, wie im vorherigen Kapitel (vgl. Kapitel 2.3) angekündigt, die Bedeutung der Inhalte der Website als Werbung reflektiert werden können. Die Darstellung antizipierter Unfruchtbarkeit als medizinischer Grund kann gewiss als Werbestrategie gelesen werden, den Konsumentinnen-Kreis auszuweiten. Mit antizipierter Unfruchtbarkeit ist wie Lauren Jade Martin es beschreibt, jede Frau eines Tages konfrontiert (2010). Doch sieht man auch insofern genau daran, wie weitgreifend der Einfluss solcher Narrative auf den Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist, als dass das aktive Wissen darum, eines Tages unfruchtbar zu sein, den Diskurs um die Technologie verlassen hat und zum Diktum geworden ist, die eigene antizipierte Unfruchtbarkeit zu managen.⁶⁴

64 Ausführlicher dazu vgl. Feiler 2017a.

Betrachtet man die Verhandlungen von Notwendigkeit und Medizin genauer, so fällt wie bereits angedeutet, auf, dass die Grenzen alles andere als klar verlaufen zu scheinen. Die Differenz ‚medizinisch und nicht-medizinisch‘ ist nicht eindeutig. Dr. Clausen definiert sehr weit, was Aufgabe der Medizin ist. Dr. Burkhard fragt, wie notwendig ein Kinderwunsch ist, hier wird die Differenz an Leiden festgemacht. An einer anderen Stelle verläuft die Grenze an der Unterscheidung ‚krank und nicht-krank‘ und Dr. Abels und Dr. Eichberg betonen Risiken, die eine gesunde Frau nicht eingehen muss. Was in allen diesen Verhandlungen von Grenzen deutlich wird, ist, dass sie unscharf und in Bewegung sind. Es scheint, als verhandle sich hier eine Profession selbst, deren Aufgabengebiet sich nun (wieder) um einen Bereich erweitert, dessen Legitimität nicht von vornherein gegeben ist.

Petra Gehring beispielsweise beschreibt die Fortpflanzungsmedizin als Disziplin, deren Funktion immer schon die Produktion von Leben gewesen und die deshalb noch nie im ‚klassischen Sinne‘ medizinisch gewesen sei:

„Schon dass wir heute tatsächlich von ‚Fortpflanzungsmedizin‘ sprechen, weist eigentlich über die Grenzen des Medizinischen hinaus. Denn zwar sind Schwangerschaft, Geburt, Nachsorge traditionell medizinische Gegenstände, keineswegs aber ‚die Fortpflanzung‘. Mit der Fortpflanzung macht sich die Medizin einen nicht individualmedizinisch oder kurativ bestimmten, sondern einen viel allgemeineren biologischen Gegenstand zu eigen. Auch kann man fragen, inwieweit die fortpflanzungsmedizinische Expertise tatsächlich eine ‚medizinische‘ Expertise ist. Vieles von ihr könnte man ebenso gut in Begriffen einer biochemischen Labortätigkeit fassen. Sicher gibt es Vor- und Nachsorge an den Klienten. Gleichwohl trägt der Reproduktionsmediziner für nichts anderes Sorge als für eine optimale Verträglichkeit eines von ihm selbst (nicht zur Krankenbehandlung, sondern allein auf Kundenwunsch) vorgenommenen Eingriffs.“ (Gehring 2007, S. 54)

Petra Gehring beschreibt den Gegenstand der Reproduktionsmedizin an sich, die Fortpflanzung jenseits traditioneller medizinischer Inhalte. Man könnte ferner darin einen immer schon im Kern der Profession verankerten Dienstleistungs-Charakter erkennen (vgl. ebd.). Ich interessiere mich im Rahmen dieser Studie jedoch weniger dafür *was* Reproduktion ‚wirklich‘ ist, als eher dafür, *wie* die Reproduktionsmedizin sich selbst diskursiv verhandelt und für sich die Frage klärt, was ihre Profession ausmacht. Ich beobachte, wie medizinisches Handeln hier diskursiv hergestellt wird. Wieder kann dabei eine Analogie zur plastischen Chirurgie hergestellt werden, weil auch sie eine Profession beziehungsweise Disziplin zu sein scheint, die Legitimationsfragen ihrer selbst stets verhandelt:

„Die Geschichte der Schönheitschirurgie ist in erster Linie eine Geschichte des Kampfes einer Subdisziplin um Anerkennung: Seit Anbeginn versuchen Schönheits-

chirurg/innen, ihren Platz innerhalb der Medizin zu definieren, sich abzugrenzen und ihre Tätigkeit zu legitimieren.“ (Meili 2008, S. 121)

Ein wenig anders als im Falle der sogenannten Schönheitschirurgie, die sich aus der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie entwickelt hat, ist die Reproduktionsmedizin zumindest in Deutschland nun, so eine These dieser Studie, zum ersten Mal seit der Etablierung der Pille (vgl. etwa Beck-Gernsheim 1991, 2006) mit der Nachfrage nach Eingriffen beschäftigt, die nicht mehr dadurch legitimiert werden können, auf irgendeine Art und Weise auf das Heilen oder Lindern von Krankheiten und damit zusammenhängend Leid zu zielen. Die Verhandlung der Legitimität von Eingriffen kann jedoch, ebenso wie Barbara Meili es für die ‚Schönheitschirurgie‘ beschreibt (ebd. 2008), als Ringen um Anerkennung gelesen werden.

Dieses Ringen der eigenen Profession soll nun weiter nachgezeichnet werden. Darin handeln die Reproduktionsmediziner_innen vor allem in den Interviews ihre Positionen und Aufgabenbereiche aus. Ein Thema, das im Zuge dessen häufig höchst emotional verhandelt wurde und das zur Abgrenzung des eigenen Handelns im Gegensatz zum Handeln anderer dient, ist *Werbung*.

Die Werbung der anderen: das Vermitteln ‚falscher Vorstellungen‘

Ohne, dass ich in den Interviews je nach Werbung für ‚Social Freezing‘ fragte, taucht das Thema immer wieder auf und führt zu unterschiedlichen Abgrenzungen, wie hier bei Dr. Burkhard:

B: „Wir bewerben es null ja? Weil wir äh a davon ausgehen dass das nicht wirklich Medizin is; ja? ja? Weil ich behandel ja ne gesunde Frau ja? Geb der Medikamente, bring die in eine Überstimulation ja? ohne dass ich danach ne Schwangerschaft direkt erreiche ja? und gar nicht sicher is ob die die Eier überhaupt brauchen ja? Weil vielleicht treffen die den Prinz Charming, ja? Und werden einfach so schwanger ja? Und dann hab ich die Eier da liegen. Ja? Also wir bewerben es nicht ja?“ (Dr. B: 10–15)

Er erklärt an dieser Stelle gleich zu Beginn des Interviews den Grund, warum er und seine Praxis („wir“) ‚Social Freezing‘ *nicht* bewerben. Der Grund ist eben jene oben erläuterte Einschätzung der Motive als ‚nicht-medizinisch‘. Eine „gesunde“ Frau werde behandelt, als ob sie ‚krank‘ sei. Zur oben genannten fehlenden Notwendigkeit aufgrund der fehlenden medizinischen Indikation kommt hier das Narrativ der potenziellen *Nutzlosigkeit* hinzu. Die Behandlung wird durch die zeitliche Unterbrechung zum Ergebnis als losgelöst von ihrer Funktion erzählt. Sie führe nicht direkt zu einer Schwangerschaft. Wenn eine Frau ihre Eizellen

vorsichtshalber einfrieren lasse und sie später vielleicht doch nicht brauche, sei die Behandlung zusätzlich ‚umsonst‘ gewesen, so das Narrativ und er habe „die Eier da liegen. Ja?“. Vielleicht möchte er nicht verantwortlich gemacht werden für das Wegwerfen überflüssiger Eizellen. In der Darstellung klingt es jedoch so, als würden die dann ‚nutzlosen‘ Eizellen der Frauen Platz in Anspruch nehmen und er wisse nicht, was er damit machen soll. In jedem Fall machen das Verschieben einer Schwangerschaft und die fehlende Unmittelbarkeit der weiteren Behandlung mit den entnommenen Eizellen für ihn den Grund aus, nicht zu werben.⁶⁵ Die Temporalität des potentiellen Verschiebens durch das Einfrieren, die ‚Social Freezing‘ eigen ist und die an anderen Stellen das Wesen der Technologie ausmacht, wird hier zum Problem.

Was Dr. Burkhard unter Werbung versteht, bleibt unklar. Fest steht jedoch, dass er für sich Werbung im Falle fehlender medizinischer Indikationen nicht vertreten kann: Die im vorherigen Kapitel nachgezeichnete Verbindung aus einer gesunden Frau mit medizinischen Risiken stellt er als Grund dar, *nicht* zu werben.

Öfters wird von den interviewten Mediziner_innen auf Websites anbietender Kinderwunschzentren Bezug genommen. Sie werden vielfach als ‚gezielte Werbung‘ für einen ‚nicht-medizinischen‘ Eingriff und damit als *unmoralisch* und *unethisch* bewertet, ein Narrativ, das weiter entfaltet werden wird. Zuvor jedoch werde ich ein Beispiel einer solchen Seite, die als Werbung bezeichnet werden könnte⁶⁶ zur Analyse heranziehen, um zu verdeutlichen, worauf die Argumentationen der interviewten Reproduktionsmediziner_innen etwa Bezug nehmen.

Eines der beiden Bilder, die auf der Startseite von „Fertiprotekt an der Oper“ zu sehen sind (vgl. Abbildung 4, S. 78), zeigt das Palais an der Oper in München, in dessen Innerem sich die Praxis befindet. Das schicke und italienisch anmutende Gebäude an der exklusiven Münchner Maximilianstraße ist im Bild einzig coloriert, während der Hintergrund blautschig schwarz-weiß ist. Durch die gelbliche Farbe wirkt das Gebäude in der grauen Umgebung erleuchtet. Als Betrachter_in des Bildes gibt die Perspektive vor, als Passant_in im Geschehen in einiger Entfernung vor dem Gebäude zu stehen beziehungsweise darauf zu zugehen. Kennt man nicht den Kontext der Website, könnte es sich genauso um die Internetpräsenz eines Immobilienbüros im Luxussegment handeln. Denkbar wäre auch eine Informationsseite eines historischen Denkmals der Stadt München. Im Textkasten rechts-mittig im Bild ist passend dazu die Überschrift „Reproduktionsmedizin der Zukunft im Herzen Münchens“

65 Die Figur des „Prinz Charming“ wird in Kapitel 3.2 wieder aufgenommen.

66 Dieses Beispiel illustriert, worauf sich im Diskurs bezogen wird, wenn von *Werbung* die Rede ist. Es soll keineswegs bedeuten, dass sich eine_r der interviewten Reproduktionsmediziner_innen explizit auf diese Website bezogen hätte.

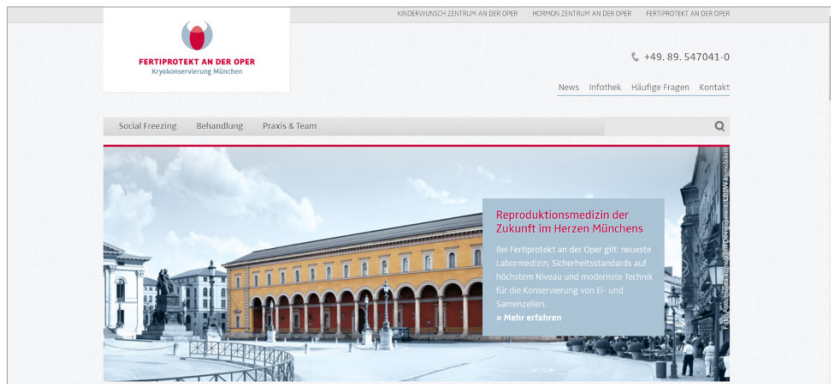


Abb. 4 FO, Navigation: „Startseite“

zu lesen. Die Überschrift vereint mit dem Bild des Praxisgebäudes einen Gegensatz: „Reproduktionsmedizin der Zukunft“ steht für Technologie, High-Tech und Fortschritt, während „im Herzen Münchens“ das Bild einer historischen Altstadt hervorrufen soll. Im Text wird auf Sicherheit, moderne Technik und hohes Niveau verwiesen. Alles in allem macht der Web-Auftritt einen sehr exklusiven und distinktierten Eindruck. In der Kombination steht auch der Name der Website bzw. GmbH „Fertiprotekt *an der Oper*“ für Kultur und Distinktion. „An der Oper“ ist dabei zwar eine Ortsbezeichnung, da sich die Praxis tatsächlich gegenüber der Oper befindet (andere Praxen in der Nähe tragen ebenso die Bezeichnung „an der Oper“), gleichzeitig steht die Oper für einen Ort, der mit einem bürgerlichen, gebildeten und intellektuellen Milieu assoziiert wird, in dem ein distinktuierter Lebensstil gepflegt wird. Reproduktionsmedizinische Maßnahmen sind ohnehin Eingriffe, die, je nachdem, mit welchen Voraussetzungen wie viel von Krankenkassen übernommen wird, hohen finanziellen Aufwand bedeuten. Fertiprotekt an der Oper stellt sich noch exklusiver als andere, ohnehin schon exklusive Zentren dar⁶⁷ und wirbt mit der Kombination aus Tradition („im Herzen Münchens“) und

67 Interessant ist hierbei zu beobachten, wie Milieus im Diskurs evident werden, ohne je offen thematisiert zu werden, da sich der gesamte Diskurs nur um bestimmte soziale Differenzierung dreht: (meist) gebildet (vgl. Kapitel 3.2), jung (vgl. Kapitel 4), (meist) weiß und finanziell in der Lage, mehrere Tausend Euro für Behandlungen privat zu bezahlen.

Fortschritt („neueste Labormedizin“, „Sicherheitsstandards auf höchstem Niveau“ und „modernste Technik“).

Dr. Burkhard, der zuvor schon mit seiner Haltung zu Werbung zu Wort kam, wolle selbst aus oben genannten Gründen nicht werben, könne aber nachvollziehen, warum manche Fachkolleg_innen dies tun, erzählt weiter:

B: „Also es is ’n relativ einfaches Verfahren, mit relativ wenigen Risiken für die Patienten ja? Und deshalb kann ich nachvollziehen wenn manche Kliniken des sehr stark bewerben ja? @(.).@ Weil des is easy Money ja?“ (Dr. B: 62–64)

Zuvor im Interview erzählt Dr. Burkhard ausführlich, welche Schritte einer reproduktionsmedizinischen Behandlung für Mediziner_innen „teuer“ (weil zeit- oder materialaufwendig) seien und welche nicht. Das *Teuerste* der Behandlung sei der Schritt des Wiedereinsetzens der eingefrorenen Eizellen, der beim vorsorglichen Einfrieren unbefruchteter Eizellen erst später komme. Das Vorgehen bis zum Einfrieren und das Einfrieren selbst hingegen seien *billig*, die Frau zahle selbst und die Preise könnten von den Mediziner_innen selbst festgelegt werden. Dies bringt ihn zum Resümee, dass ‚Social Freezing‘ „easy Money“ ist. Während von Dr. Burkhard zuvor noch Risiken ‚ohne Notwendigkeit‘ eines Eingriffs problematisiert werden, werden hier die Risiken gering eingeschätzt, um das Verfahren als eines darzustellen, mit dem Kolleg_innen von Dr. Burkhard ‚einfach‘ Geld verdienen könnten. Er selbst hingegen hat in der Logik der Erzählung kein Interesse daran, Geld zu verdienen. Er geht, wie oben gezeigt wurde, nicht davon aus, dass ‚Social Freezing‘ Medizin ist. Im Gegensatz zu anderen, die kommerzielle und ökonomische Interessen haben, verfolgt er selbst also in seiner Selbstbeschreibung *medizinische* Interessen. Dr. Burkhard trennt in dieser Darstellung Logiken unterschiedlicher gesellschaftlicher Bereiche und schließt damit an einen allgemeinen öffentlichen Diskurs um die Ökonomisierung des Gesundheitswesens an (vgl. Karsch 2015).

Die meisten interviewten Reproduktionsmediziner_innen sprechen wie Dr. Burkhard über Werbung für ‚Social Freezing‘, um sich abzugrenzen:

A: „Also wir wollen damit eigentlich jetzt nich ähm massiv werben weil das nich das hauptsächliche Klientel is das wir ansprechen wollen, also ich denk hier in unserer Praxis kommen ja ohnehin Frauen die so n bisschen die persönlichere Zuwendung suchen das mag auch ne Social Freezing Patientin benötigen, aber ähm ich glaub die werden doch tatsächlich häufiger von anderen Zentren abgefangen. Um das mal so zu sagen.“ (Dr. A: 608–613)

Dr. Abels möchte nicht für die Technologie werben, weil sie in ihrer Klinik („wir“) wie auch immer geartetes anderes „Klientel“ behandeln möchten. Aus der Beschreibung der gewünschten Frauen geht hervor, dass Frauen, die ‚Social Freezing‘ durchführen lassen wollen, keine „persönlichere Zuwendung“ brauchen. Wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt, sind dies vielleicht jene Frauen, die mit einem „Auftrag“ kommen und wissen, was sie wollen.⁶⁸ Diese Frauen lehnt Dr. Abels für die Behandlung zwar nicht grundsätzlich ab, jedoch sollten sie nicht den Hauptanteil ihres „Klientel[s]“ ausmachen. In jedem Fall werden diese Frauen „von anderen Zentren abgefangen“, was die Assoziation von Fischen weckt, die ins Netz gehen. Das Netz, so wird noch deutlich werden, ist ein Netz von ‚falschen Erwartungen‘ und ‚Hoffnungen‘, die Dr. Abels und viele andere nicht wecken möchten. Als beliebte Folie des Sich-Abgrenzens von den „anderen“ dient gerne auch das viel beachtete Angebot von Apple und Facebook, ihren Mitarbeiterinnen die Kryokonservierung der Eizellen zu bezahlen sowie die mediale Aufmerksamkeit um dieses Thema:

E. „(...) Und wir ham das nie verfolgt, und wir haben da nie auch aus wenn man so will irgendwie ja so’n Apple Hype oder sonst was gemacht.“ (Dr. E: 41–42)

Was Dr. Eichberg hier „Apple Hype“ nennt, ist in seiner Beschreibung das große mediale und öffentliche Interesse an der Technologie. Manche reproduktionsmedizinische Zentren und Kliniken schlossen 2014 und 2015 an diese Aufmerksamkeit an, so das Narrativ, und schalteten Websites wie diejenigen, die im Sample dieser Studie analysiert wurden. Vielfach sind es diese Websites, denen die Kritik der Mediziner_innen gilt.

D: „(...) Das sind die auch die Werbung machen dafür. Und des wiederum diese diese Werbung ähm und auch diese Sachen mit Facebook was weiß ich nich was die vermittelt den Leuten oft die falsche die falsche Vorstellung und da ähm muss man sagen äh als seriöses Zentrum ich find des ’ne Unverschämtheit. Dass die so werben ja? (...)“ (Dr. D: 112–115)

Auch Dr. Degenhard bezieht sich auf Facebook und die Werbung ‚der anderen‘. Problematisch daran ist für sie das Vermitteln „falsche[r] Vorstellung[en]“, mit denen Frauen dann in ihrer Praxis auftauchten. Sie bezeichnet sich selbst in diesem Zuge als „seriöses Zentrum“, das keine „falschen Vorstellungen“ vermitteln möchte. Das Werben und die Schlagzeilen um Facebook („diese Sachen mit Face-

68 Im nächsten Kapitel (3.2) wird es um die Beschreibung der ‚Social Freezerinnen‘ gehen, die sich zum Beispiel hieraus ergibt.

book“) vermittele Frauen, so die Logik, ‚Unwahrheiten‘ über ihren Körper. Diese könnten dann davon ausgehen, dass sie noch länger fruchtbar seien als sie es ‚in Wahrheit‘ sind und dass ihnen im Falle schwindender Fruchtbarkeit Technologie problemlos helfen könne. Dr. Degenhardt in ihrem Zentrum empfindet dies als „Unverschämtheit“, als Ärgernis und vielleicht Schamlosigkeit, als *unseriös* und in gewissem Maße auch *unmoralisch*. Sie führt den Grund dafür noch weiter aus:

D: „(...) Das da hab ich hab ich das Gefühl ähm da steht morgen bei mir 'ne Frau mit 42 auf der Matte und sagt ich möchte mit 48 noch 'n Kind bekommen. (...) und sagt dann ja äh aber wo ist mein Kind ((klatscht mit der Handoberfläche auf die andere Handinnenfläche als Zeichen der Forderung)) ja? Ich will hier Garantien ja? Und dieses dass man einfach generell so des Gefühl verbreitet ähm ((spricht in sehr entspannter Stimme um zu zitieren)) du hast Zeit des is alles ganz entspannt wir machen das für dich. Das find ich nicht in Ordnung. So ises nämlich nich. (...).“ (Dr. D: 125–133)

Die Verärgerung, die sie beschreibt, rührt daher, so führt sie weiter aus, dass sie sich in der Konsequenz der „falsche[n] Vorstellung[en]“, die Frauen vermittelt würden, mit den Erwartungen dieser Frauen konfrontiert sieht. Sie habe „das Gefühl“, dass Frauen sie aufsuchen, aus den Versprechungen „Garantien“ ableiten und einfordern könnten. Zusätzlich dazu könnte ein „generell[es] Gefühl von Sorglosigkeit entstehen, das weiblichen Fertilitätsverlust im Laufe des Alter(n)s nicht berücksichtige.“⁶⁹ Dr. Degenhardt tritt hier als ‚realitätsnah‘ in ihrem Sinne auf. Ihr Problem besteht hier nicht darin, dass sich Frauen etwa in Sicherheit wiegen würden, während sie bereits unfruchtbar werden (auch dieses Narrativ tritt an anderen Stellen zahlreich auf), sondern darin, dass sie als Medizinerin mit diesen Frauen umgehen muss, die potenziell massiv fordernd „Garantien“ von ihr verlangen könnten. Während *die anderen* den Frauen zu Werbezwecken falsche Hoffnungen und Sicherheit vermittelten, kenne sie die ‚Realität‘ und diese sähe anders aus als das in der Werbung vermittelte Bild: „So ises nämlich nich“.

An diesen Stellen, so scheint es, wird ebenfalls die eigene Profession verhandelt. Diesmal sind es aber nicht nur Grundverständnisse und Aufgaben, sondern Erwartungen, die an Dr. Degenhardt als Reproduktionsmedizinerin herangetragen werden. Auf die Erwartung, Garantien liefern zu können, reagiert sie verärgert. Im Lichte einer „entgrenzten Medizin“ (vgl. Wehling/Viehöver 2011) scheint sie Grenzen ziehen zu wollen, zu dem, was *technologisch* möglich ist und sich gegen

69 Auf Narrative des weiblichen Fertilitätsverlustes werde ich in Kapitel 4 ausführlich eingehen.

Machbarkeits- und Planbarkeitsphantasien zur Wehr zu setzen (vgl. etwa Maio 2015; Brandl 2007). Auch Dr. Abels nennt als Grund ‚die Realität‘, die anders aussehe als in der Werbung vermittelt:

A: „(...) Aber das klingt jetzt vielleicht alles ein bisschen konservativ, ähm ((atmet hörbar ein)) vielleicht auch einfach realistisch, so aus'm Alltag heraus, ne? Was wir so tagtäglich sehen, pro Altersgruppe an Befruchtungsraten an Zellteilung an Embryonalentwicklung: Sind wir da vielleicht einfach ein bisschen vorsichtiger. (.) und deswegen bewerben wir's auch nicht aggressiv und deswegen weiß ich auch nicht ob das der richtige Ansatzpunkt ist die Frauen da alle in n tolles Wellnesshotel da einzuladen und zu sagen jetzt reden wir hier mal über Social Freezing.“ (Dr. A: 754–760)

Dr. Abels erzählt zuvor im Interview, dass ‚Social Freezing‘ manchmal als eine Art Versicherung für einen Kinderwunsch beworben beziehungsweise aufgefasst würde. Dieser Auffassung steht sie skeptisch gegenüber und begründet ihre Einschätzung „aus'm Alltag heraus“. Der Alltag in der medizinischen Praxis zeige, beschreibt sie anschließend anhand medizinischer Daten und Zahlen, dass ‚Social Freezing‘ keinesfalls eine Versicherung sein könne. Damit begründet Dr. Abels auch, dass ihre Klinik nicht für ‚Social Freezing‘ werbe. *Die anderen*, in diesem Fall die Veranstalter_innen US-Amerikanischer ‚Social Freezing‘-Partys (um die es noch gehen wird), verfolgten einen „Ansatzpunkt“, den sie nicht für richtig halte. Im Gegensatz zum Einladen in ein Wellnesshotel, so überlegt sie, könnte ihr Ansatz, wie weiter oben klar wurde, „knallhart (...) mit der Patientin [zu] diskutieren“ „konservativ“ wirken. Diese Annahme verwirft sie jedoch durch das Label „realistisch“. Durch die Selbstdarstellung als „konservativ“, „realistisch“ und „vorsichtig“ entwirft Dr. Abels sich hier selbst als Medizinerin, die ‚ehrlich‘ mit ihren Patientinnen umgeht und diesen nicht aufgrund kommerzieller Interessen ‚falsche Hoffnungen‘ macht: als eine Medizinerin, die eher an das Wohl ihrer Patientinnen denkt, als daran, mit Reproduktionsmedizin Geld zu machen.

Das Bild des Wellnesshotels, in das Frauen eingeladen würden, um ‚Social Freezing‘ zu besprechen, stammt aus einem viel beachteten Report der Süddeutschen Zeitung, der über eine sogenannte ‚Egg Freezing Party‘ (ähnlich dem Konzept der sehr bekannten Tupper-Party) in New York berichtet. Zuvor im Interview erzählt Dr. Abels mir von dem Artikel. Darin geht es um die Kommerzialisierung von Kinderwünschen und das Anwachsen einer Industrie rund um ‚Social Freezing‘. Die Autorin des Artikels, Kathrin Werner, hat eine der immer häufiger stattfindenden „Egg Freezing Partys“ in einem schicken New Yorker Hotel besucht und berichtet über die Veranstaltung (vgl. Werner 2016, Süddeutsche Zeitung online). Dr. Abels

nimmt auf diesen Artikel als stellvertretendes US-amerikanisches Klischee der vollkommenen Kommerzialisierung und Ökonomisierung medizinischer Belange Bezug. Um Narrative der Kommerzialisierung und der Abgrenzung zu ‚unseriösen‘ Angeboten wird es im nächsten Kapitel gehen.

Die Kritik am Verbreiten von Hoffnungen durch Werbung und somit ökonomischer Interessen in der Medizin erinnert sehr an ein Argument klassischer Kritik der Frauen- und Geschlechterforschung seit dem Aufkommen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen (vgl. etwa Zipfel 1987; Klein 1989; Rothman 2002; Beck-Gernsheim 2016). Ein Teil dieser Kritik besteht im Wesentlichen darin, dass es durch die Verbreitung und Kommerzialisierung von Reproduktionsmedizin zu Versprechungen von „Planbarkeit und Kontrolle“ (Katz Rothman 2002) komme, die durch Werbung, wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, verbreitet werde (vgl. Beck-Gernsheim 2016). Mit Hoffnungen von Frauen werde ein Geschäft gemacht (Klein 1989). Im Diskurs um ‚Social Freezing‘ stellen sich hier Dr. Abels und Dr. Degenhardt als Verbündete der Frauen dar, die Opfer der Werbung ‚der anderen‘ werden könnten. Was in den 70er und 80er Jahren als Teil feministischer Debatten politisiert und diskutiert wurde, ist nun Inhalt der Meinungen von Medizinerinnen⁷⁰ selbst, die damals als Zielscheibe der Kritik galten. Weiterhin treten diese auch in der fast herrschaftskritischen Selbstbeschreibung als diejenigen auf, die ‚die Wahrheit‘ über den weiblichen Körper kennen und Frauen damit konfrontieren müssen (vgl. auch Kapitel 5, vor allem 5.1).

Die Werbung ‚der anderen‘ wird anhand der ökonomischen Logik kritisiert, die in der Darstellung ‚nicht-medizinisch‘ sein kann. Logiken außerhalb medizinischer Interessen werden häufig als unseriös beschrieben. Darum wird es im folgenden Kapitel gehen.

Seriosität und Kommerz: Apple, Facebook und die Entgrenzung der Medizin

A: „Ich meine in USA is es ja inzwischen so dass da entsprechende Partys veranstaltet werden ne? Für die Akademikerfrauen die dann da hinrennen wie zu so nem Business Lunch irgendwie, und dann erfahren die da so n bisschen was, dann noch die Kostenseite und hier unsere Adresse.“ (Dr. A: 722–725)

70 Die Kritik zielte damals jedoch hauptsächlich auf männliche Ärzte vgl. radikalfeministisch dazu Corea 1986. Ob es Zufall ist, dass die beiden Mediziner_innen im Sample, die explizit die Kritik ‚falscher Hoffnungen‘ äußerten, weiblich sind, sei dahingestellt. Implizit schwingt die Kritik jedoch in den meisten der Interviews mit.

Vor dem letzten Zitat zur Realität und zum Wellnesshotel aus dem Interview von Dr. Abels geht diese auf den eben zitierten Artikel in der Süddeutschen Zeitung ein und erzählt davon. Aus dem Sprechen darüber geht hervor, dass sie die Idee dieser Partys ablehnt. Im Allgemeinen dient das Erwähnen jener „Egg Freezing Partys“ im Zusammenhang der Interviews und der besuchten Veranstaltung in München dem Sich-lustig-Machen und Sich-Abgrenzen.⁷¹ „Die Akademikerfrauen“ in den USA „[...] rennen“ zu diesen Partys und behandeln das Thema so, als sei es ein ‚normales‘ Geschäfts Mittagessen. Das Bild der rennenden Frau ruft die Assoziation auf von Frauen, die wie von Sinnen dem Ruf der Betreiber_innen dieser Partys folgen, die sich eines großen Andrangs erfreuen. Die Betitelung als „Business Lunch“ erweckt zum einen den Eindruck als behandelten die Besucherinnen der Partys ihre Fruchtbarkeit als „Business“, also ökonomisiert. Zum anderen schwingt in dieser Erzählung mit, dass die „Akademikerfrauen“ ihre Fruchtbarkeit alltäglich und nebenher beziehungsweise zwischen zwei Meetings besprechen wollten und einer möglichen Fruchtbarkeitsbehandlung vielleicht zu wenig Raum schenkten.

Die USA dienen häufig als Abgrenzungsfolie zur Beschreibung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. Generell treten die Vereinigten Staaten von Amerika immer wieder als Folie auf, die für das ‚Grenzenlose‘, das ‚Übertriebene‘, das ‚Kapitalistische‘, das ‚Kommerzialiserte‘, das ‚Künstliche‘, aber auch für das ‚Fortschrittliche‘ steht. Davon grenzen sich viele der interviewten Reproduktionsmediziner_innen als das ‚Echte‘, das ‚Seriöse‘, das ‚Gute‘ und das ‚moralisch-Einwandfreie‘ ab.⁷²

Auch Dr. Faller bezieht sich im Interview auf eben jenen Artikel aus der Süddeutschen Zeitung:

F: „Wo dann die Frau zum Schluss raus geht und und und den Tränen nahe ist weil sie es sich nicht leisten kann und nicht zu dem erlesenen Kreis der

71 Interessant ist es an dieser Stelle anzumerken, dass das Narrativ der „Egg Freezing Partys“ nicht überall das gleiche Schreckgespenst hervorruft. Auf der teilnehmend beobachteten Veranstaltung in Barcelona berichtete eine US-amerikanische Referentin über solche Partys eher als Mittel zum Zweck der Aufklärung. Durch die Partys und die hohe Aufmerksamkeit, die diese generieren, werde das Thema ‚Social Freezing‘ normalisiert. Frauen machten sich früher Gedanken über ihre Fruchtbarkeit beziehungsweise deren Verlust. Über Problematisierungen der Patientin, die eine Klinik ‚zu spät‘ aufsuche, geht es in Kapitel 3.2.

72 Dem Zusammenhang antiamerikanischer Bilder kann ich hier nicht weiter nachgehen. Antiamerikanismen dienen im Kontext von ‚Social Freezing‘ als Abgrenzungen. Zum Thema Antiamerikanismus vgl. Schwabe 2003. Interessant wäre es auch, der Funktionen der Abgrenzungen nicht nur zu den USA sondern auch Israel, Spanien, Frankreich und osteuropäische Länder im Diskurs nachzugehen, die alle an verschiedenen Stellen als Folien benutzt wurden.

Anwenderinnen von Social Freezing gehören wird, da läuft was schief denk ich. Das ähm (3) is sehr sehr am sehr wirtschaftlich ausgelegt dann die ganze Sache als Klinik so an die Öffentlichkeit zu treten mit solchen Aktionen (...).“ (Dr. F: 552–556)

Dr. Faller stellt sich die Situation einer Frau vor, die auf einer solchen Party bemerkt, dass ‚Social Freezing‘ zu teuer für sie wäre, bemitleidet sie und kritisiert gleichzeitig mit ihrem Hinweis auf den „erlesenen Kreis der Anwenderinnen“ den exklusiven Charakter, den die Ökonomisierung eines medizinischen Eingriffs mit sich bringt. Diese nimmt sie als falsch wahr. Die wirtschaftliche Logik entspricht nicht der medizinischen Logik: „da läuft was schief“. Wie bereits gesehen, werden Logiken abgelehnt, die nicht der Logik des Medizinischen entsprechen. Ökonomische Interessen werden als etwas dargestellt, das dem ‚Eigentlichen‘ der Medizin entgegensteht.

Dr. Burkhard thematisiert wie oben Dr. Eichberg die beiden IT-Unternehmen Apple und Facebook, als er auf die Frage im Interview antwortet, wann er zum ersten Mal von ‚Social Freezing‘ gehört habe:

B: „(...) ich seh’ natürlich eher aus der Fach äh Richtung also vom fachlichen her wirklich 2008 2009, und äh des mediale und in die Öffentlichkeit getragene war dann vor drei Jahren als Facebook und Apple äh das aufgegriffen haben und gesagt unseren guten und wertvollen Mitarbeiterinnen ja? Und damit ist eigentlich die Maske gefallen ja? Nämlich des Social Freezing noch weiter missbraucht ja? Als ein rein materialistisches oder kapitalistisches Instrument ja? Ja also die Leute so lang auszulaugen bis sie eh nichts mehr taugen und dann hire and fire gehn in Amerika und kannste auch deine Eizellen ham ham wir dir ja bezahlt, ja?“ (Dr. B: 123–130)

Er unterscheidet bei der Antwort zwischen der fachlichen und der öffentlichen Aufmerksamkeit, die dem Thema ‚Social Freezing‘ geschenkt wird. Während Apple und Facebook 2014 ankündigten, ihren Mitarbeiterinnen das Einfrieren ihrer Eizellen zu bezahlen, startete die „fachliche“ Aufmerksamkeit bereits fünf bis sechs Jahre zuvor. Er beschreibt das Angebot an die Mitarbeiterinnen der beiden Firmen als Fallen einer „Maske“. Es wird nicht ganz klar, wessen Maske es ist, die zu diesem Zeitpunkt fiel. Es könnte die Maske von Apple und Facebook sein, die sich bis dahin als Mitarbeiter_innen-freundliche Arbeitsumgebung ‚tarnen‘ konnten und nun nach dem Angebot an ihre Mitarbeiterinnen als neoliberale Orte der ‚Ausbeutung‘ enttarnt sind. Es könnte aber auch sein, dass die Maske des ‚Social Freezing‘ als eine emanzipierende Technologie für Frauen gefallen ist und

nun klar ist, dass ‚Social Freezing‘ Frauen nur ausbeute. Egal wie, Dr. Burkhard beschreibt einen ‚Missbrauch‘ von ‚Social Freezing‘ „[a]ls ein rein materialistisches oder kapitalistisches Instrument“. Dieses Bild impliziert, dass hinter ‚Social Freezing‘ etwas ‚Gutes‘ stecke, das zweckentfremdet den ‚falschen‘ Zielen diene. Die erzählte kapitalistisch-ausbeuterische Logik hinter dem Angebot bringt er mit „Amerika“ in Verbindung. Er zeichnet mit der Redewendung „hire an fire“ das Bild einer Mitarbeiterin, die erbarmungslos entlassen werde sobald sie nicht mehr gebraucht werde und ihre eingefrorenen Eizellen mitnehmen müsse, für die das Unternehmen ja bezahlt habe.

Das transnationale Vergleichen mit anderen Ländern dient, wie bereits erwähnt, der Selbstdarstellung der Reproduktionsmediziner_innen als ‚besser‘ und ‚echter‘. Es sind nicht nur die USA, die als Vergleichs- und Abgrenzungshorizont dafür dienen, was ‚eigentlich‘ medizinisch wichtig sei:

E: „Ja. Spanien hat des viel stärker kommerzialisiert, weil die mit der Eizellspende auch arbeiten. Die ham ja ganz viele hier aus Deutschland Frauen (...). Und damit machen die richtig Geld. Ja? Und dann bist du natürlich in dem Moment wo die Medizin mehr kommerzialisiert, und nicht anwenderbezogen sondern Geschäftsmodell draus machst da kann man das ganz klar sagen, denkst du anders. Ich will gar nicht sagen skrupelloser, aber bist lockerer oder. Ja? Offener. Offener kann man dann überlegen was is offener ja?“ (Dr. E: 440–448)

Dr. Eichberg reflektiert mit einem Blick nach Spanien ‚kommerzialisierte‘ Medizin im Allgemeinen. Konkret begründet er dies am Beispiel der Eizellspende, die in Deutschland gesetzlich verboten ist⁷³. Fertilitätskliniken in Spanien zum Beispiel behandeln unter anderem sehr viele deutsche Frauen und Paare, weil diese für Eizellspenden ins Ausland reisen müssen. „Und damit machen die richtig Geld. Ja?“ Dr. Eichberg stellt einer Kommerzialisierung die Anwendungsbezogenheit in der Medizin gegenüber. Die Mediziner_innen, die aus Fertilitätsmaßnahmen hier im Narrativ ein „Geschäftsmodell“ machen, seien „anders“. Dr. Eichberg denkt darüber nach, wie er dieses „anders“ noch nennen könnte und entschließt sich über die Negation von „skrupelloser“ und „lockerer“ für „offener“. Die Steigerungen der Adjektive beziehen sich auf ihn als deutschen Reproduktionsmediziner oder auf alle Reproduktionsmediziner_innen in Deutschland im Vergleich zu Spanien. Es stellt sich die Frage: *Was macht also das ‚eigentliche‘ aus*, das die interviewten

73 Vgl. das „Gesetz zum Schutz von Embryonen“, Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz 1990.

Reproduktionsmediziner_innen narrativ im Gegensatz zu US-amerikanischen oder spanischen Kolleg_innen auszeichnet?

Dr. Degenhardt soll an dieser Stelle noch einmal mit dem für sie sehr wichtigen Thema der „falsche[n] Vorstellungen“ zu Wort kommen:

D: „(...) ich finde nur dass wie gesagt dass man da falsche Vorstellungen hat hab ich Ihnen ja schon gesagt, dass man da mit offenen Karten spielen muss und ähm dass des ’n dass des ’ne Gefahr in sich birgt dass ähm da natürlich eben gut Geld damit verdient werden kann. (...) Und ähm von daher find ich das ’ne interessante Mischung aus kommerziellem Interesse, aus äh Veränderungen der Gesellschaft und medizinischem Aspekt wobei ich glaube dass des sich irgendwo auf ’nem mehr oder weniger gesundem Mittelweg einpendeln wird, wie mit den plastischen Operationen wahrscheinlich auch. Da wird’s immer Extreme geben aber des des hat sich ja auch irgendwie (...) normal.“ (Dr. D: 332–342)

Wieder bezieht sich Dr. Degenhardt wie bereits oben gesehen (vgl. S.81), auf das Wecken falscher Vorstellungen, das eine Kommerzialisierung der Reproduktionsmedizin mit sich bringen kann. An dieser Stelle beschreibt sie das Phänomen ‚Social Freezing‘ als „Mischung aus kommerziellem Interesse, aus (...) Veränderungen der Gesellschaft und medizinischem Aspekt“, erkennt also ein Spannungsverhältnis, aus dem ein „gesunder Mittelweg“ führe. Es lässt sich erahnen, dass die ‚Gesundheit des Mittelweges‘ darin besteht, dass es wenige „Extreme“ gibt, wie sie in Analogie zur plastischen Chirurgie ausführt. Extreme könnten im Fall von ‚Social Freezing‘ Frauen sein, die ‚zu alt‘ sind und, wie sie zuvor erwähnt, Garantien von ihr erwarten. Es klingt so, als sehne sie sich damit auch ein Ende der medialen und öffentlichen Aufregung um ‚Social Freezing‘ herbei.

Dr. Abels gibt eine Diagnose für die Zukunft von ‚Social Freezing‘ ab, aus der noch einmal hervorgeht, was für sie *nicht* seriös ist:

A: „Also ich denke es wird ein fester Bestandteil werden oder auch bleiben, ähm ich denke man wird strenger werden in der Auswahl der Patienten und der Beratung der Patienten, wenn man es seriös anbieten möchte. Ja? Wenn es nich kommerziell is so nach dem Motto auch das bieten wir noch an und egal bis zu welchem Alter, (...)“ (Dr. A: 413–416)

‚Social Freezing‘ „seriös“ anbieten zu wollen bedeutet für sie hier eine stärkere Selektion der Patientinnen, bei denen der Eingriff vorgenommen wird und der Beratungen, die vor einer Behandlung stattfinden. Man müsse dabei „streng“ sein.

Seriös, so scheint es hier, sei nicht kommerziell. *Seriös* sei das Angebot nur dann, wenn es auf bestimmte Altersgrenzen beschränkt sei.⁷⁴

Zusammenfassend sei hier noch einmal reproduktionsmedizinische Fachliteratur zitiert, die viele der im vergangenen Kapitel verhandelten Themen aufgreift:

„Beim Social Freezing steht einzig der Wunsch der ‚Kundin‘ im Raum, die limitierte Phase der eigenen natürlichen Fruchtbarkeit durch das geplante Einfrieren von Eizellen zu verlängern. Es ist zum Zeitpunkt der Eizellentnahme zudem unklar, ob die ‚Kundin‘ ihre Eizellen später überhaupt nutzen will oder kann. Diese Entwicklung in Richtung einer Lifestylemedizin hat in Medizinerkreisen erhebliches Unbehagen ausgelöst, verbunden mit der Notwendigkeit, sich hinsichtlich der Ansprüche der Patientinnen, aber auch gegenüber der Öffentlichkeit zu positionieren. Entscheidende Aspekte für Akzeptanz und Verantwortbarkeit des Verfahrens sind hierbei Patientensicherheit, verantwortbare Risiken in Relation zu den erwartenden Erfolgschancen, medizinische und soziale Konsequenzen einer späten Schwangerschaft für Mutter und Kind und ein seriöser Umgang mit den gewinnorientierten Aspekten der Methode.“ (van der Ven/Pohlmann/Höfle 2017, S. 10)

Das „Unbehagen“, von dem hier berichtet wird, ist vor allem in den Interviews deutlich zu spüren. Es speist sich daraus, dass aus der Patientin eine Kundin wird, die vorsorglich handelt. Wie ich gezeigt habe, ist es dabei die zeitliche Entgrenzung zwischen Behandlung und deren Ziel, die delegitimiert wird. Auf das Verhältnis von Patientin und Kundin werde ich vor allem in Kapitel 5.3 ausführlich eingehen. Das Rekurren auf Seriosität, Verantwortung, Risiken aber auch das Ablehnen von Kommerzialisierung und falschen Hoffnungen sowie das Verhandeln medizinischer Grenzen und Notwendigkeiten könnten hier als Versuch gedeutet werden, das eigene ‚gute‘ medizinische Handeln zu definieren und sich in einer öffentlich viel diskutierten ‚Entgrenzung‘ medizinischer Möglichkeiten zu positionieren.

Wie bereits in Analogie zur ästhetisch-plastischen Chirurgie ausgeführt, werden also Grenzen der Medizin verhandelt. Es scheint eine Form ‚eigentlicher‘ Medizin zu geben, deren Abweichungen als „*unseriös*“ gelten. Im Rahmen einer Entgrenzung der Medizin (vgl. Wehling/Viehöver 2011) und einer zunehmenden Medikalisierung (vgl. Liebsch/Manz 2010; Ullrich 2012) werden fortwährend immer mehr Lebensbereiche zum Inhalt medizinischer Interventionen. Im Zuge dessen werde auch das Verständnis medizinischer Indikationen ausgeweitet (vgl. Feuerstein 2011):

„Für diese Ausweitung medizinischer Indikationen gibt es nach traditionellen Orientierungsmustern in der Medizin keinen legitimen Grund. Andererseits kann

74 Altersgrenzen werden ausführlich in Kapitel 4.1 und 4.2 thematisiert.

konstatiert werden, dass die Medizin selbst schon seit langen Jahren ihr eigentliches Handlungsfeld auf zuvor nicht-medizinische Problemlagen ausgedehnt hat. Eine Vielzahl neuer Krankheitsfelder wurde erschlossen, neue Krankheitsbilder konstruiert, Krankheitsdefinitionen erweitert und die Grenzen der Indikation großzügig verschoben. Zudem wurde das medizinische Leistungsangebot sukzessive durch Verfahren erweitert, die neben der traditionellen Schulmedizin angesiedelt sind und nicht selten eine Konzession an die Bedürfnisse zahlungskräftiger Patienten darstellen.“ (ebd., S. 298)

Was ist es also genau, das den Unterschied zu anderen Formen ausgeweiteter medizinischer Indikationen macht? Was ist es, das den Anstoß gibt, ‚Social Freezing‘ beziehungsweise die Werbung dafür als unseriös zu bezeichnen?

Bioethisch⁷⁵ scheint die Antwort auf diese Fragen klar zu sein, die sich aus Entgrenzung der medizinischen Möglichkeiten, hier der Reproduktionsmedizin, auf andere Anwendungsfelder ergeben:

„Bei allen normativ brisanten Fragestellungen und Problemen, die im Zuge einer Entgrenzung der Fortpflanzung neu auftauchen, seien sie sozialer, anthropologischer oder rechtlicher Art, ist zu berücksichtigen, dass sich die ethischen Herausforderungen in ihrer Breite einzig und allein deswegen stellen und gewissenhafte Reflexion und Umsicht verlangen, weil die medizinischen Möglichkeiten fortschreiten und zu Entscheidungssituationen führen, die vorher ganz außerhalb des Bereichs des Möglichen lagen. Mit anderen Worten stellen sich neue ethische Herausforderungen durch die Entgrenzung der Fortpflanzung nur, weil Reproduktionsmedizin in ganz neuen Kontexten zu ganz neuen Zwecken eingesetzt werden kann und eingesetzt wird.“ (Eichinger 2013a, S. 77f.)

Deutet man die so beschriebene „Entgrenzung der Fortpflanzung“, die neue „Entscheidungssituationen“ erfordert, soziologisch, könnte die spürbare Abneigung der Reproduktionsmediziner_innen als Reaktion auf die neuen Kontexte gelesen werden, die die Technologie eröffnet. ‚Social Freezing‘ taucht darin bisher meist, wie dieses

75 Um den Begriff der Bioethik geht es weiterführend in Kapitel 5, hier soll folgende Zusammenfassung für den Begriff genügen: „(...) unter dem Begriff ‚Bioethik‘ [wird] heute ein breites Spektrum unterschiedlicher Aktivitäten firmiert, die man grob in drei Gruppen aufteilen kann. Zunächst bezeichnet ‚Bioethik‘ eine Subdisziplin des akademischen Fachs ‚Ethik‘; jenen Teil der Ethik nämlich, der sich speziell mit dem medizinischen Umgang mit dem menschlichen Leben und dem menschlichen Tod befasst. (...) Zweitens bezieht sich ‚Bioethik‘ auf die Fülle von öffentlichen Stellungnahmen zu den Problemen von Leben und Tod: auf Zeitungsartikel und Fernsehinterviews, Volkshochschulkurse und Festvorträge. Drittens werden Bioethiker zunehmend in Ausschüsse und Gremien berufen, in denen sie beratend oder mitentscheidend an der Lösung konkreter Probleme mitwirken.“ (Ach/Runtenberg 2002, S. 10)

Kapitel gezeigt hat, als die *unmoralische* und *unseriöse* Variante dessen auf, wofür die Reproduktionsmediziner_innen ‚*eigentlich*‘ da sind, nämlich (krebs)kranken Patientinnen zu helfen. Es konnte aber auch die Brüchigkeit dieser Abgrenzungen daran gezeigt werden, dass auch Technologien wie ‚Social Freezing‘ als Mittel zur Hilfe von Patient_innen und somit als Aufgabe der Medizin gelesen werden kann.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass die Unterscheidung ‚medizinisch – nicht-medizinisch‘, die bereits im Begriff ‚Social Freezing‘ angelegt ist, von großer Bedeutung ist. Die Grenzen dessen, was als medizinisch gilt, werden aktuell unterschiedlich gezogen und verhandelt. Wichtig scheint dabei der Verweis auf den Ursprung der Technologie in der Onkologie. Die Verhandlungen können als Ringen um Anerkennung gelesen werden, mit denen man sich von anderen abgrenzt. Als Folie zur Abgrenzung dienen die Werbung anderer Zentren und Erzählungen über die unseriöse Kommerzialisierung der Medizin, auch im Ausland. Um die Verhandlung von Grenzen der Medizin und der eigenen Profession wird es in den folgenden Kapiteln immer wieder gehen. Im folgenden Kapitel 3.2 wird nun untersucht werden, wie die andere Seite der Unterscheidung, die des ‚Lifestyle‘ konstruiert wird. Dies geschieht über unterschiedliche Frauenbilder als Patientinnen-Figuren, die es nachzuzeichnen gilt.

3.2 Lifestyle-Motive: Feminist politics in a Nutshell

C: „Top Positionen also super erfolgreiche Frauen, ja. Die die einfach wissen was sie wollen die wissen wo es lang geht die sich jetzt auch nicht von von jedem Typen gleich beeindrucken lassen also des ist ja auch klar, also mir is schon ich versteh schon warum diese Frauen auch ’n gewisses Problem haben in der in der Partnersuche.“ (Dr. C: 455–458)

Das Zitat von Dr. Clausen verdeutlicht, dass es, wie im letzten Kapitel gezeigt wurde, die Motive jener Frauen, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen (wollen) sind, die als Maßstab zur Beurteilung der Technologie seitens der Mediziner_innen dienen. Es ist dabei die Unterscheidung Medizin – Lifestyle, nach der die Technologie der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen legitimiert und delegitimiert wird.

Die eine Seite der Unterscheidung, die Medizin, wie Kapitel 3.1 gezeigt hat, steht für das ‚Eigentliche‘, das ‚Seriöse‘, das moralisch ‚Gute‘, während die andere Seite, der Lifestyle das ‚Maßlose‘, ‚Überflüssige‘, moralisch ‚Verwerfliche‘ beschreibt. Auf der Lifestyle-Seite der Unterscheidung, der ich mich nun widmen werde, sind es zwei Motive, die dabei besonders prominent verhandelt werden, an denen sich

Reproduktionsmediziner_innen abarbeiten und auf die sie sich beziehen: das Motiv, Eizellen einfrieren zu lassen, um erst *Karriere* zu machen und dann Kinder zu bekommen und das Motiv, aktuell nicht ‚den richtigen‘ *Partner* zur Erfüllung eines Kinderwunsches zur Verfügung zu haben. Dies sind die beiden Motive, die in der Öffentlichkeit verhandelt werden. Im Laufe der Zeit hat sich seitens von Reproduktionsmediziner_innen ein anderes Bild herauskristallisiert:

„Zusammenfassend ist Social Freezing eine Variante der Reproduktionsmedizin, die sich eindeutig aus dem medizinischen Indikationsspektrum gelöst hat und, ähnlich wie die Pille, weitreichende Konsequenzen für Partnerschafts- und Familienstrukturen und die individuelle Lebensplanung von Frauen haben könnte. Interessanterweise nimmt bislang die Mehrzahl der Frauen das Verfahren nicht zu Zwecken der Optimierung des persönlichen Berufs- oder Lebensweges, sondern als Reaktion auf veränderte gesellschaftliche Strukturen und mangels eines adäquaten Partners in Anspruch.“ (vgl. Cobo et al. 2016 zitiert in van der Ven/Pohlmann/Höfle 2017, S. 13)

Das sogenannte „medizinische Indikationsspektrum“ umfasst dabei Krankheiten wie beispielsweise Krebs. Die andere Seite der Unterscheidung, Lifestyle, umfasst Motive aus dem Bereich Partnerschaft, Familie, Berufs- und Lebenswege, wobei, wie hier angedeutet, überwiegend wie auch immer geartete „veränderte gesellschaftliche Strukturen“ und ein fehlender Partner als Gründe ausgemacht werden, Eizellen einfrieren zu lassen.⁷⁶ Ziel dieser Studie ist es nicht herauszuarbeiten, welche *wahren* Gründe Frauen dazu bringen, ihre Eizellen einfrieren lassen, sondern *wie* diese Motive als Lifestyle diskursiv verhandelt werden und dadurch Bedeutung erlangen. Auch im Bereich des Lifestyles dient das Erzählen der Motive der Legitimation und Delegitimation der Technologie. In den unterschiedlichen Kontexten der Verhandlung des Themas ‚Social Freezing‘ und vor allem dessen Legitimierung und Delegitimierung sind diese Lifestyle-Motive anhand dreier unterschiedlicher Figuren evident geworden: 1. die der ‚idealen‘ *Patientin*, 2. die der ‚tatsächlichen‘ *Patientin* und 3. die der ‚unerwünschten Patientin‘, auch ‚*Karrierefrau*‘. Innerhalb dieser drei Figuren entfalten sich Vorstellungen, Verständnisse und Rollenerwartungen von und an Frauen als Patientinnen (oder wie später zu zeigen sein wird, an Kundinnen und an Bürgerinnen vgl. Kapitel 5.3), die nachgezeichnet werden. In der Differenz aus ‚idealer‘ und ‚tatsächlicher‘ Patientin und der Erwartung der

76 Eine viel beachtete im Juli 2018 auf dem Jahrestreffen der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) angekündigte Studie der Anthropologin Marcia Inhorn hat zum Ergebnis, dass ein Großteil der 150 für die Studie in den USA und Israel interviewten Frauen, die sich Eizellen einfrieren ließen, dies taten, weil sie keinen passenden Partner hatten. (vgl. Inhorn et al. 2018).

‚unerwünschten‘ Patientin ergibt sich die Erzählung eines Dilemmas oder auch Paradoxons, das den Diskurs um ‚Social Freezing‘ bestimmt.

Die Ausführungen beginnen mit der Figur einer ‚idealen‘ (In-Vivo) Patientin für ‚Social Freezing‘, die immer wieder auftaucht: die vorausschauende und planende Frau Anfang bis Mitte 30, der für die Umsetzung ihres Kinderwunsches der Partner fehlt. Dieses Bild wird stets ergänzt um das Bild der ‚tatsächlichen‘ Patientin (die nicht die ‚ideale‘ Patientin ist) und den dazu entworfenen anwesenden ‚falschen‘ oder abwesenden ‚richtigen‘ Partner. Eine Antifolie, die zur ‚idealen‘ und zur ‚tatsächlichen‘ Patientin gezeichnet wird und die der (deutlichen) Abgrenzung dient, ist die der ‚unerwünschten‘ Patientin oder auch ‚Karrierefrau‘. Zusammenfassend soll gezeigt werden, unter welchen Voraussetzungen das Einfrieren von Eizellen zum späteren Gebrauch aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen für Reproduktionsmediziner_innen denkbar ist.

Die ‚ideale‘ Patientin: „Jede Frau entscheidet. Selbst“

Auf dem teilnehmend beobachteten ‚Egg Freezing Symposium‘ in Barcelona wurde von einer Referentin aus Belgien⁷⁷ das Bild der so genannten „ideale[n] Patientin“ vorgestellt und verhandelt:

„Die ideale Patientin sei also die 35-jährige, die keine Beziehung hat oder in einer Beziehung ist, die keine Kinder zulässt und die sich Druck nehmen will. Sie will auch keine Alleinerziehende (Single-Mom) sein. Sie ist gut informiert über die Risiken und darüber, dass Social Freezing keine Kinder-Garantie darstellt. Auch ist sie frei von Druck von außen.“ (Protokoll BS)

Die Frau, die hier als „ideale Patientin“ bezeichnet wird, das geht aus den Interviews dieser Studie und vielen anderen Verhandlungen von ‚Social Freezing‘ hervor, ist deshalb 35, weil Frauen, die jünger sind noch kein ‚Social Freezing‘ brauchen. Sie sind noch ‚jung genug‘, die eigenen ‚frischen‘ Eizellen benutzen zu können. Die Eizellen von Frauen hingegen, die älter als 35 sind, weisen schon eine zu ‚schlechte‘

77 Die Nationalität der Referent_innen der teilnehmenden Beobachtung in Barcelona erwähne ich deshalb, weil es als Hintergrundinformation interessant sein kann, mit welcher rechtlichen Lage die Mediziner_innen in ihrem reproduktionsmedizinischen Alltag konfrontiert sind. So ist beispielsweise in Belgien Eizellespende erlaubt, was einen Unterschied in der Art und Weise machen könnte, wie über ‚Social Freezing‘ nachgedacht und gesprochen wird. Dies ist jedoch nur eine lose Vermutung, weshalb die Angabe der Nationalitäten eben nur als Hintergrundinformation dienen kann.

Qualität zum Einfrieren auf.⁷⁸ Die „ideale Patientin“, so die Beschreibung weiter, sei entweder in einer Beziehung, in der aus welchem Grund auch immer Kinderbekommen keine Option sei oder sie habe keine _n Partner_in. Der „Druck“, den sie sich durch das vorsorgliche Einfrieren ihrer Eizellen nehmen wolle, entstehe, so das Narrativ, weil die Zeit, in der eine Frau sich mit 35 durch eine spontane Schwangerschaft noch reproduzieren könne, knapp werde. Ohne Partner_in ein Kind zu bekommen, komme für die „ideale Patientin“ hier nicht in Frage.

Die „ideale Patientin“ sei auch bereits im Vorfeld gut „informiert“, also aufgeklärt, das heißt Mediziner_innen müssen dies nicht mehr tun.⁷⁹ Sie wisse nicht nur über Risiken Bescheid, sondern auch über Chancen und verspreche sich deshalb nicht zu viel von der Technologie, weil sie nicht fälschlicherweise davon ausgehe, aus den entnommenen und eingefrorenen Eizellen später garantiert ein Baby bekommen zu können. Falsche Hoffnungen und Vorstellungen, die Mediziner_innen enttäuschen und ‚richtigstellen‘ müssten, waren schon im vorangegangenen Kapitel 3.1. Thema. ‚Die Realität‘ zu kennen bedeute zu wissen, dass ‚Social Freezing‘ keineswegs eine Garantie sein könne, später eine Schwangerschaft zu erreichen. Die „ideale Patientin“ hier hat sich nicht von den falschen Vorstellungen, vermittelt aus der Werbung oder Angeboten von Apple und Facebook, beirren lassen und erwartet nichts Unmögliches von Reproduktionsmediziner_innen. Dass die Patientin „frei von Druck von außen“ ist, spricht dafür, dass sie ‚nur für sich‘ die Eizellen einfrieren lassen will. Weder ein Partner, noch die Gesellschaft, Apple oder Facebook oder andere denkbare potentielle Akteure von ‚außen‘ sollen sie bei der Entscheidung für ‚Social Freezing‘ beeinflussen. Sie fällt also eine ganz bewusste und autonome Entscheidung.⁸⁰

Auch Dr. Abels zeichnet das Bild einer ‚idealen‘ Patientin, die ‚für sich‘ entscheiden kann:

A: „Also je jünger desto lieber, ähm wie gesagt Anfang 30 ist ideal, weil die Frauen dann auch so n bisschen konsolidiert sind im beruflichen Alltag schon bisschen angekommen sind so die ersten Wirren nach dem Studium sind äh gelegt (...).“ (Dr. A: 109–111)

78 Auf den Qualitätsverlust von Eizellen im Laufe des Alter(n)s werde ich in Kapitel 4.1 zurückkommen.

79 Um Aufklärung und das Narrativ der aufgeklärten Patientin wird es in Kapitel 5.2 noch ausführlich gehen.

80 Auf das Narrativ der autonomen Entscheidung gehe ich in Kapitel 5.2 noch einmal genauer ein. Zum Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und gesellschaftlichem Druck vgl. auch Inthorn 2014.

Ihre ‚ideale‘ Patientin ist noch jünger als die „ideale Patientin“ in Barcelona: „je jünger, desto lieber“. Zu jung solle die Frau allerdings auch nicht sein, sondern „konsolidiert“ vermutlich im Gegensatz zu ungeordnet und unbeständig während des Studiums. Eine junge Frau kann vielleicht keine so wichtige Entscheidung treffen, so das Bild. Die hier gezeichnete junge Frau mit 30 Jahren, die in jedem Fall studiert hat, steht mit beiden Beinen fest im (Berufs-) Leben und *weiß, was sie will*. Ferner kann sie es sich vermutlich eher leisten, die teure Behandlung durchführen zu lassen als eine Frau unter 30.

B: „(...) Und inzwischen werden die Frauen noch jünger kommen mit 29 30 31 das ist das ideale Alter, ja? Da ham die noch viele Eier und ’nen hohen Prozentsatz gute Eier ja? Und äh die lassen sich sowas dann von den Eltern schenken oder sparen dafür ja? Und sagen des machen die mal für sich ja? Und äh während früher die 38- 39- 40-jährigen aus Angst dass sie irgendwann gar nix mehr haben und dass die so schlecht is, machen’s jetzt doch relativ viele um so ein ganz persönliches Gefühl von Freiheit zu haben.“ (Dr. B: 261–267)

Dr. Burkhard zeichnet ein ähnliches Bild der Patientin mit dem „ideale[n] Alter“, das in seinem Fall aber vom Alter der „idealen Patientin“ in Barcelona abweicht und mit dem von Dr. Abels übereinstimmt. Sie ist bei ihm deshalb jünger, weil eine Frau zwischen 29 und 31 im Gegensatz zu einer ‚älteren‘ Frau noch „viele Eier“ und „gute Eier“ habe, ein Aspekt, auf den ich in Kapitel 4.1 detailliert eingehen werde. Abgesehen von ihrer ‚frischen‘ biologischen Ausstattung, lässt diese Frau ihre Eizellen nicht aus Furcht davor einfrieren, „irgendwann gar nix mehr“ zu haben, sie kauft sich damit ein „ganz persönliches Gefühl von Freiheit“, so das Narrativ. Die Frau zwischen 38 und 40 ist in der Beschreibung der Mediziner_innen die ‚tatsächliche‘ Patientin, um die es im nächsten Abschnitt gehen soll. Selbst wenn die ‚ideale‘ Patientin hier sparen oder Hilfe in Anspruch nehmen muss, weiß sie, was sie tut und leistet sich diesen Luxus, wie oben bereits gesehen, ebenfalls „für sich“. Die Hilfe, die sie beansprucht, kommt in Dr. Burkhard’s Beispiel von den Eltern der ‚jungen‘ Frauen. Dies zeichnet das Bild einer unselbstständigen 29–31-jährigen, die (noch) nicht für ihre eigenen Bedürfnisse sorgen kann. Es ist zwar gut vorstellbar, dass die meisten Frauen in diesem Alter nicht problemlos die Kosten für ‚Social Freezing‘ aufbringen können, doch sind es bei der ‚idealen‘ Patientin die Eltern und nicht etwa Freund_innen, Partner_innen oder eine Bank, die helfen.

Die hier als autonom zu lesende Entscheidung – „frei von Druck von außen“ und „für sich“ – erinnert stark an die von Nina Degele so benannte „Ideologie privaten Schönheitshandelns“ (ebd. z. B. 2007, S. 27). Degele bezeichnet hiermit das von ihr empirisch beobachtete Narrativ des Schönmachens „für sich selbst“

anstatt für andere (vgl. ebd. 2004). Sie nennt das Narrativ deshalb „Ideologie“, weil Schönheitshandeln ihres Erachtens nach ein soziales Positionieren der eigenen Identität und die Erlangung von Aufmerksamkeit im Sozialen innewohnen, es also gerade nicht privat sei (ebd. 2007, S. 27).⁸¹ Das Narrativ des Schönmachens für sich und des Einfrierens ohne Druck von außen kann als „Produkt der Aufklärung“ gelesen werden, individuelle und autonome Entscheidungen zu treffen (Degele 2008, S. 68). Im Sinne einer Aneignung des eigenen Körpers wird ein autonomes Subjekt vorausgesetzt, das für sich selbst verantwortlich ist und (im Falle von ‚Social Freezing‘ fast wörtlich zu nehmen) *das Beste aus sich herausholt* (vgl. Villa 2008). Mit Paula-Irene Villa ist hierin das Autonomie-Prinzip „Mein Körper gehört mir“, das der zweiten Frauenbewegung als Leitsatz galt, als feministische „Selbstermächtigung qua Körper“ zu erkennen. So gewendet ist es der Aufruf, individuell Arbeit am Selbst zu leisten: „Habe den Mut dich deines Körpers zu bedienen“ (vgl. ebd.).⁸²

„Autonomie und Flexibilität, beides Schlagworte der Moderne, beziehen sich auf das Berufs- und Privatleben, auf die Gestaltung der eigenen Biografie, auf Gruppenzugehörigkeiten und persönliche Entwicklung und stehen für Belastbarkeit, Mobilität, Attraktivität und Leistungsfähigkeit.“ (Degele 2008, S. 81)

Vorsorgend soll im Falle von ‚Social Freezing‘ Arbeit am Körper geleistet werden, die Optionen in der Zukunft flexibel hält. Eine soziale Erwartung und Zuschreibung – das Kinderkriegen in einem gewissen Alter in einer (heterosexuellen) Zweierbeziehung – wird als vermeintlich private, autonome und individuelle Entscheidung als solche dargestellt, geradezu idealisiert. Während Frauen allgemein mit der Erwartung konfrontiert sind, sich zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt in den ‚richtigen‘ Verhältnissen und der ‚richtigen‘ Beziehung zu reproduzieren (vgl. Correll 2009), sollen sie selbst für sich Sorge dafür tragen, sollten sie dies nicht gewährleisten können. Normativ wirken bei näherer Betrachtung der Beschreibung auch die Zuschreibungen des Beziehungsstatus der Patientin und dass sie keine alleinerziehende Mutter sein soll beziehungsweise dies nicht vorhaben soll zu sein.

81 Während es Nina Degele daran gelegen ist, „(...) vermeintlich Vorsoziales wie Körpergebundenes, Privates und Individuelles als Ideologien (...) aufzubrechen, (...)“, geht es hier eher darum, auf die Erwartungshaltung einer autonomen Entscheidung im Sinne eines „Für-sich-Tuns“ hinzuweisen und sich zu fragen, welche Funktion diese Erwartung im Rahmen der gezeichneten Rollenbilder und Figuren hat (ebd. 2008, S. 69). Meines Erachtens sollte es nicht Vorhaben der Soziologie sein, hinter die Aussagen sozialer Akteur_innen zu blicken und deren ‚eigentliche‘ Bedeutung herauszufinden.

82 Zu dem von Villa beschriebenen ambivalenten Charakter dieser Selbstermächtigung und zum Narrativ der autonomen Entscheidung vgl. Kapitel 5, in dem es um Aufklärung geht.

Der ‚idealen‘ Patientin, die nicht aus medizinischen, sondern aus ‚sozialen‘ Gründen ihre Eizellen einfrieren lässt, wird zugerechnet, *ohne Druck* ‚von außen‘ entscheiden zu können. Wie diese ‚ideale‘ Patientin konkret aussehen könnte, zeigt sich auf einer der Websites sehr anschaulich:

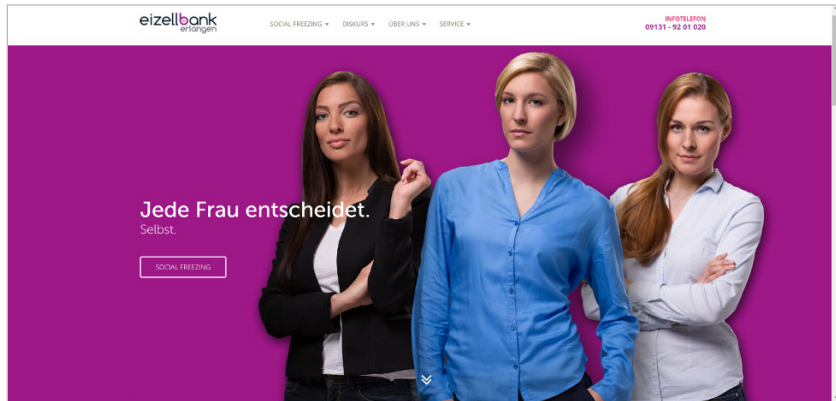


Abb. 5 EE, Navigation: „Startseite“

Auf der Startseite der „Eizellbank Erlangen“ blicken drei Frauen in unterschiedlichen Posen nebeneinander stehend, die Betrachterin direkt an (vgl. Pauwels 2012, S. 256 f.). Die Kleidung der drei Frauen impliziert keinen Freizeit-Look, sondern soll vermutlich Business-Outfits darstellen.⁸³ Die Gestik und Mimik der drei Frauen sollen einen selbstbewussten und starken Eindruck erwecken. Sie haben entweder die Arme unterschiedlich verschränkt (die beiden äußeren Frauen) oder die Hände in den Hosentaschen (die mittlere Frau). Ihre auf die Betrachterin gerichteten Blicke sind ernst bis mahnend. Die Betrachterin steht den drei Frauen in der Perspektive des Bildes gegenüber und wird mit ihren Blicken, ihrer Selbstbewusstheit und der Botschaft konfrontiert. Die Betrachterin wird dazu aufgerufen, sich ebenfalls selbst zu entscheiden, wie es die drei Frauen getan haben oder emanzipiert, ihre Entscheidung ebenso wenig hinterfragen zu lassen, wie es die drei Frauen tun.

Alle drei Frauen sind sich in ihrem Aussehen sehr unterschiedlich und doch gleich. Die Frau links trägt offene dunkelbraune Haare, die mittlere Frau blonde

83 Der Blazer der linken Frau und die glatten und geordneten Frisuren der drei Frauen könnten ein Hinweis auf repräsentative oder leitende berufliche Funktionen sein.

mittelkurze Haare und die Frau rechts mittelbraun-rötliche lange Haare in einem Pferdeschwanz. Die linke Frau hat dunkle Augen und einen dunkleren Haut-Ton als die beiden anderen, die hellere Haut und Augen haben. Die Unterschiedlichkeit der drei kann als ‚Einholen von race‘ gelesen werden, als eine Art ‚sanfte‘ Diversität. Durch diese Verschiedenheiten sollen unterschiedliche und doch gleiche Frauen-Typen angesprochen und repräsentiert werden. Alle drei Frauen sind jung (vermutlich Mitte 20 bis Anfang 30), weiß (bzw. sehr weiß dargestellt⁸⁴), schlank, haben glatte Haut und entsprechen einer gewissen ‚Normschönheit‘.

Das Alter weicht noch einmal ein wenig vom Alter der „idealen Patientin“ in Barcelona und in den Interviews ab, weil die Frauen hier vermutlich noch einmal jünger sind. Die Posen und die Kleidung erwecken allerdings den Eindruck von Frauen, die, um mit den Worten Dr. Abels zu sprechen, „konsolidiert sind im (...) beruflichen Alltag“. Die Freisteller der drei Frauen befinden sich im Ausschnitt der Starseite der Website auf dem zur Corporate Identity der Website gehörenden in Magenta gehaltenen Hintergrund mittig rechts im Bild. Von der linken Seite ragt weißer Text beginnend auf Magenta-Hintergrund in den Oberkörper des Freistellers der ersten Frau links. Der Schriftzug „Jede Frau entscheidet. Selbst“ ist mit einem Button „Social Freezing“ unterhalb desgleichen und dem Logo der Praxis (im linken oberen Main-Menu) einigen Menüpunkten, und der Nummer des Infotelefons (im rechten oberen Main-Menu) das einzige, was von der Betrachterin gelesen werden kann. „Jede Frau entscheidet.“ stellt in Position und Größe eine Überschrift dar, während das „Selbst.“ kleiner und unauffälliger, wie ein Untertitel unter der eigentlichen Überschrift steht. Alle beiden Teile der Überschrift werden jeweils von einem Punkt beendet, obwohl sie korrekterweise keine ganzen Sätze bilden. Dies verstärkt die Bedeutung der Aussage in dem Sinne, dass es vielleicht keiner weiteren Worte bedarf. Das Wort „Selbst“ wird deshalb zum eigenen Satz, weil dadurch die große Bedeutung von Selbstbestimmung und Autonomie betont wird (vgl. dazu Kapitel 5.3).

Inhaltlich kann diese Überschrift im Screenshot der Startseite mehrere Ebenen aufweisen: zum einen ganz basal die der Entscheidung für, oder Bewertung von ‚Social Freezing‘: die Website dient der Information, Frauen entscheiden selbst, ob sie ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen wollen oder wie sie ‚Social Freezing‘ bewerten wollen. Eine weitere Ebene ist die der Entscheidung über Lebenswege: Jede Frau entscheidet selbst darüber, wann sie Karriere machen möchte, wann sie Kinder bekommen möchte und wie sie ihr Leben gestalten möchte. Eine dritte Ebene könnte sein, dass jede Frau selbst darüber entscheidet, ihre reproduktive

84 Die Frau ganz links könnte exotisiert nicht-weiß sein, was jedoch nicht genau bestimmt werden kann.

Zukunft zu sichern und ‚Social Freezing‘ für sich „[s]elbst.“ in Anspruch zu nehmen. Die Komposition aus Blicken, Posen und Kleidung, dem Layout der Seite mit dem prägnanten Inhalt des Schriftzuges vermitteln auf den ersten Blick ein Bild jener oben schon beschriebenen ‚idealen‘ Patientinnen. Sie sind „gut informiert“, unabhängig und „frei von Druck von außen“ denn sie entscheiden alle. „Selbst.“⁸⁵

In Bezug auf die Verhandlungen von ‚medizinischen und nicht-medizinischen‘ Motiven für ‚Social Freezing‘, die im vorangegangenen Kapitel entfaltet wurden, weiß die ‚ideale‘ Patientin Bescheid und ist keine, der man falsche Vorstellungen ‚rauben‘ muss. Sie ist eine Patientin, bei der alles biologisch ‚gut genug‘ ist (vgl. Kapitel 4) und die ‚für sich selbst‘ verantwortlich handelt. Dass sie den Eingriff ‚für sich‘ tut, könnte auch bedeuten, dass sie sich die Verantwortung, falls keine Schwangerschaft zustande kommt, mit den behandelnden Mediziner_innen teilt (vgl. dazu Kapitel 5). Sie weiß auch über Risiken Bescheid, die sie selbst ohne ‚medizinische‘ *Notwendigkeit* in Kauf nimmt.

Die Darstellung dieser ‚idealen‘ Patientin steht im Kontrast zu der Figur der ‚tatsächlichen‘ Patientin, die Reproduktionsmediziner_innen immer wieder zeichnen. Ihre Motive für ‚Social Freezing‘ haben stets mit ‚unpassenden‘ Partnern zu tun.

Die ‚tatsächliche‘ Patientin: „zu alt“, getrennt, „pragmatisch“

Im Folgenden stelle ich nun dar, wie die ‚tatsächliche‘ Patientin in Erscheinung tritt. Dies geschieht zum einen über die Darstellung der Widersprüchlichkeit aus ‚idealer‘ und ‚tatsächlicher‘ Patientin und zum anderen aus Narrativen der Partnerlosigkeit.

Die Paradoxie des ‚Social Freezing‘

E: „Also es gibt zwei Aspekte. Der eine Aspekt ist das Alter der Frau. Ja? Diejenige die jetzt anfängt zu überlegen is meistens 35. Und drüber. Und is fast dann schon zu alt. fast. Ja? und die 30-jährige die sich des überlegt. Is eigentlich zu jung, weil sie noch in zwei oder in einem Jahr ’nen Partner findet. Ja? Das heißt das is äh ’n gewisser Widerspruch ja? Die junge Frau sollte es machen weil da sind die Chancen viel besser die hat noch genügend Eizellen und genügend gute, aber die hat auch noch Aussicht auf ’nen Partner in ein zwei Jahren und hat dann etwas medizinisches gemacht, (.) was sie eigentlich vielleicht gar nicht braucht. Ja? in zwei Jahren ja?“ (Dr. E: 114–123)

85 In jeder Darstellung der ‚idealen‘ Patientin läuft implizit auch class als Kategorie insofern mit, als dass sich die jungen Frauen ‚Social Freezing‘ leisten können. Wenn sie nicht selbst das Geld aufbringen können (mit Jobs, die das Ersparen mehrerer Tausend Euro zulassen), leihen sie es sich von ihren Eltern, die das Geld aufbringen können.

Dr. Eichberg beschreibt hier einen Zusammenhang, den viele Reproduktionsmediziner_innen problematisieren: die ‚ideale‘ Patientin entspricht nicht der ‚tatsächlichen‘ Patientin. Plausibilisiert wird dies über die Chancen von Frauen abhängig vom Alter einen passenden Partner zu finden, mit dem sie einen Kinderwunsch in die Tat umsetzen wollen oder können. Während nämlich, so das Narrativ, eine 30-jährige Frau, deren Eizellen qualitativ wie quantitativ ‚gut genug‘ sind, sie einzufrieren, kein Problem hat, (noch) einen Partner zu finden, ist beides bei einer Frau mit 35 Jahren problematisch (vgl. auch Kapitel 4.1). Letztere interessiert sich für ‚Social Freezing‘, weil sie vielleicht keinen Partner mehr finden kann, während erstere sich nicht dafür interessiert, obwohl sie besser geeignet wäre. Auch Dr. Faller beschreibt diese Paradoxie, die mit ‚Social Freezing‘ einhergeht:

F: „Die Praxis oder die das sieht leider anders aus (...), dass die 30-jährige eben ihre Uhr noch nicht ticken hört und noch auf den Partner hofft wenn sie Kinderwunsch hat dass der noch kommt, und dann auf natürlichem Wege ’ne Familie gegründet werden kann. Aber es sind ja nun in der Praxis eher die 35 plus Frauen die den Gedanken haben wenn jetzt in den nächsten zwei Jahren keiner kommt was passiert dann und die dann den Wunsch verspüren Social Freezing durchzuführen (...).“ (Dr. F: 164–171)

Mit der Metapher der tickenden Uhr stellt sie hier eben jene beschriebene Paradoxie dar. Eine 30-jährige Frau hört die Uhr nicht ticken, während die Uhr, so könnte die Metapher weiter gedeutet werden, bei einer 35-jährigen Frau bereits beinahe abgelaufen ist. Dr. Faller und Dr. Eichberg benutzen unabhängig voneinander die gleichen konkreten Altersangaben, um die ‚ideale‘ und die ‚tatsächliche‘ Patientin voneinander abzugrenzen. „Auf natürlichem Wege [ei]’ne Familie“ zu gründen, wird als Ideal formuliert, auf das 30-jährige noch hoffen können, 35-jährige nicht mehr.

Abhängig bleibt die Inanspruchnahme von ‚Social Freezing‘ also von der Antizipation der Chance, einen Partner zu finden, die mit dem Alter sinke. Dr. Degenhardt führt dies noch einmal für die ‚tatsächliche‘ Patientin aus:

D: „Des is deren letzte Chance, oder die deren einzige Chance wahrscheinlich die sie für sich sehen, vielleicht später noch ein Kind zu bekommen, aber ähm ich kann Ihnen nicht sagen wie hoch die Wahrscheinlichkeit is dass jemand der mit 38 39 oder 40 Eizellen einfrieren lässt dass dann auch wirklich später ’n Kind bekommt. Erstens muss die erstmal n Partner bekommen, ja?“ (Dr. D: 201–206)

Die Wahrscheinlichkeit, mit Eizellen ein Kind zu bekommen, die im Alter zwischen 38 und 40 eingefroren wurden, ist für Dr. Degenhardt hier nicht nur von ‚biologischen‘ Fakten wie Qualität und Quantität dieser Eizellen abhängig, sondern auch von den Chancen, „[ei]n[en] Partner [zu] bekommen“. Diese nehmen für sie im Alter ebenso ab wie Qualität und Quantität der Eizellen. Einen Punkt zweitens nach „[e]rstens“ nennt Dr. Degenhardt weiter im Interview nicht mehr. Es scheint für sie ein wichtiger Faktor zu sein, dass Frauen mit steigendem Alter größere Schwierigkeiten bei der Partnerwahl oder -findung haben.⁸⁶

Diese Schwierigkeiten in der Partnerwahl/-findung sind eines der zentralen Motive, wenn es um das Portraitieren der ‚tatsächlichen‘ Patientin geht. Die ‚tatsächliche‘ Patientin wird hauptsächlich anhand ihres Beziehungsstatus und darüber hinaus auch anhand ihres Bildungsniveaus eingeordnet, wie ich im Folgenden zeigen werde.

Die „rationale“ Akademikerin zwischen der Anwesenheit des ‚bindungsgestörten‘ Partners und der Abwesenheit des ‚Richtigen‘

Auch in den Ausführungen Dr. Abels geht es um die Antizipation der Suche nach einem Partner:

A: „Also wie gesagt das sind vorzugsweise Akademikerinnen die kommen, die gut ausgebildet sind; die ihren Kinderwunsch nicht ausschließen, ja? Teilweise nicht den richtigen Mann an der Seite haben oder kürzlich eine Frau die sich grad getrennt hat und sagt der Kinderwunsch besteht aber weiterhin, aber sie kann sich ihren Mann jetzt nicht auf der Straße suchen, sie muss abwarten bis der nächste wieder Richtige parat ist, und die möchte jetzt einfach vorsorgen weil sie sagt weiß ich ob der in den nächsten vier Jahren mir begegnet oder vielleicht auch erst später; also sehr pragmatisch orientierte Frauen (...).“ (Dr. A: 141–148)

Dr. Abels berichtet hier ebenso wie Dr. Clausen von ‚ihren‘ Patientinnen. Ein wichtiges Merkmal scheint – und das ist in der Erzählung der Patientinnen nicht unüblich – der Grad der Bildung beziehungsweise der Berufs- oder Schulabschluss der Frauen zu sein. Vorzugsweise seien es gut ausgebildete Akademikerinnen, die von der Technologie Gebrauch machen. Sie erwähnt hier explizit, was eher eine Ausnahme darstellt, dass die beschriebenen Frauen nicht unbedingt einen Kinder-

86 Popkulturell wird das Motiv der schwierigen Partnersuche ab 30 vielfach verarbeitet, prominent beispielsweise in der Serie „Sex and the City“ (1998–2004), vgl. für Teile einer öffentlichen Verhandlung der Figur der 30-jährigen Single-Frau, die Schwierigkeiten bei der Partnersuche hat. Vgl. z. B. Rosales 2017 auf morgenpost.de.

wunsch hätten, diesen allerdings nicht ausschließen würden. Anders als bei den meisten anderen wird von Dr. Abels hier der Kinderwunsch nicht als unhinterfragbar vorausgesetzt (vgl. Correll 2009). Dr. Abels Narrativ deckt sich mit dem in öffentlichen und vor allem politischen Debatten viel bedienten und problematisierten Bild der Akademikerin, die ‚zu spät‘ ‚zu wenige‘ oder keine Kinder bekommt.⁸⁷ Unweigerlich verknüpft ist hier die Bezeichnung als beziehungsweise Identifikation mit der Patientinnen als „Akademikerinnen“ mit einem Zeitproblem, das entweder darin besteht, dass diese Frauen zu lange warten, Kinder zu bekommen oder einen Partner zu finden. ‚Social Freezing‘ könnte durch das Entzerren der Zeitstruktur, so die allgemeine Logik, eine Lösung für dieses Problem sein. Allzu oft kann es dies jedoch nicht geschehen, weil die Frauen nicht früh genug in die Praxen kommen.

Als Problemlage beschreibt Dr. Abels ganz klar die Abwesenheit eines (passenden) Mannes für die portraitierten Frauen. Sie haben „momentan nicht den richtigen Mann an der Seite“. Entweder haben diese Frauen also einen Mann zur Seite, der aber nicht ‚der Richtige‘ zur Erfüllung eines Kinderwunsches ist, oder sie haben momentan keinen Mann zur Seite, nicht den ‚Falschen‘ und nicht den ‚Richtigen‘. Die Antizipation möglicher künftiger Schwierigkeiten (den Zeitraum bestimmt Dr. Abels genau mit vier Jahren) bei der Partnersuche bringt die beschriebene Frau dazu, vorsorglich ihre Eizellen einzufrieren.

Dr. Abels bewertet diesen Schritt als „*pragmatisch*“, also ideologiefrei, sachbezogen, lösungsorientiert, vielleicht im Gegensatz zu träumerisch, romantisch und gefühlsbetont. „Pragmatisch“ wirkt in diesem Kontext als ungewöhnlich für Frauen.

Der sozialwissenschaftlichen Perspektive liegt die Vorstellung eines Dualismus von Mann und Frau und einer ‚Natur‘ der Frau im Gegensatz zu männlicher Rationalität (vgl. Rödel 2014, Keller 1998, Orland/Schleich 1995) zu Grunde.⁸⁸

„Im Geschlechterdiskurs der bürgerlichen Gesellschaft wurde, dem Deutungsmuster einer essentiellen, in starken Polaritäten sich ausdrückenden Geschlechterdifferenz entsprechend, die Frau als das auf ihren Körper verwiesene Wesen, der Mann hingegen als Sachwalter einer universalen Vernunft konzipiert.“ (Meuser 2014, S. 74)

87 Vgl. z. B. Siems 2018 auf welt.de. Häufig wird dabei thematisiert, dass Akademikerinnen kinderlos bleiben oder dass Akademikerinnen besondere Schwierigkeiten dabei haben, einen Partner zu finden. Seit das Statistische Bundesamt im Juli 2017 ‚neue‘ Zahlen aus dem Mikrozensus 2016 zur wieder steigenden Geburtsrate auch unter Akademikerinnen veröffentlichte (vgl. Statistisches Bundesamt 2017), wird vielfach der „Trend zur Kinderlosigkeit“ als „getoppt“ dargestellt (vgl. hierfür etwa: ZEIT online 2017).

88 Überblicksartig aus der Sozialisationsforschung zu den Merkmalsgruppen: Hausen 1976, S. 368, zur Geschichte der Erforschung von Geschlechter-Unterschieden vgl. Carol Hagemann-White 1984 S. 9ff.

Im Gegensatz zu dieser Polarität, auf die Bezug genommen wird, wenn sie explizit den Pragmatismus der Frau betont, tritt die Frau in der Beschreibung als beides auf, sie ist auf ihren Körper verwiesen und ist „Sachverwalter[in]“ der Vernunft. Die aktive Frau sorgt vor und wägt ab anstatt sich auf das Schicksal (als eine mögliche denkbare Alternative) zu verlassen und auf das Aufkreuzen des ‚Richtigen‘ zu hoffen.

Der Ausdruck, die Frau könne den Mann „nicht auf der Straße suchen“, steht dafür, dass es wie oben beschrieben, nicht besonders einfach sein könnte, einen Partner zur Verwirklichung eines Kinderwunsches zu finden. Diese Frau muss sich anstrengen und wo anders suchen als auf der Straße. ‚Parat sein‘ klingt fast militärisch nach einsatzbereit, verfügbar, verdinglicht gebrauchsfertig sein. Dies reduziert im Kontext der Aussage den potentiellen zukünftigen Partner auf seine reproduktive Funktion zum Erfüllen eines Kinderwunsches. Die Beschreibung eines zukünftigen Partners als „der nächste wieder Richtige“ deutet darauf hin, dass es mehrere ‚richtige‘ Partner geben kann aber vielleicht nur einen ‚richtigen‘ zum Kinderkriegen. Auch hierin könnte der Pragmatismus der von Dr. Abels portraitierten Frau liegen. Auf der einen Seite befreit sich diese Frau von den ihr stereotyp zugeschriebenen Wesensmerkmalen, ist vielleicht selbstbestimmt. Auf der anderen Seite muss sie dies nur sein, weil sie noch nicht ‚den‘ oder ‚einen‘ Richtigen gefunden hat. So oder so geht es aber für Frauen in diesem Narrativ darum, einen männlichen Partner zu haben.

An dieser Stelle soll noch einmal Dr. Burkhard mit dem Ende eines Zitates zu Wort kommen, das zuvor schon in Kapitel 3.1 (vgl. S. 76) zitiert wurde, in dem er erklärt, warum er in seiner Praxis ‚Social Freezing‘ nicht bewerbe. Es sei nicht klar, ob Frauen ihre eingefrorenen Eizellen später wieder eingesetzt haben möchten:

B: „(...) und gar nicht sicher is ob die die Eier überhaupt brauchen ja? Weil vielleicht treffen die den Prinz Charming, ja? Und werden einfach so schwanger ja? (...)“ (Dr. B: 13–14)

Die Begegnung mit „Prinz Charming“ begründet für Dr. Burkhard den späteren Verzicht auf die konservierten Eizellen. Die Rhetorik ist zwar ironisch, „Prinz Charming“ ist die englische Bezeichnung für den ‚Märchenprinzen‘, doch zeigt sich genau dadurch deutlich, welches Frauenbild hier konstruiert wird. Denn, auch wenn vielleicht weder Dr. Burkhard noch die Frauen selbst an einen Märchenprinzen glauben, ist es doch das Kinderkriegen in einer heterosexuellen Zweierbeziehung, das Frauen anstreben, die dabei auf einen Mann warten.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, wie heteronormativ der Diskurs um ‚Social Freezing‘ geführt wird. Reproduktionsmedizinische Möglichkeiten könnten in ihren Funktionen die Bandbreite möglicher Familienformen und -konstellationen

erweitern und könnten damit stets auch „queere Potentiale“ enthalten (vgl. Kalender 2012). Der reproduktionsmedizinische Diskurs um ‚Social Freezing‘ weist aber im Zuge der Narrative über ‚ideale‘ oder ‚tatsächliche‘ Patientinnen stark heteronormative Züge auf. Gleich welche Möglichkeiten die Reproduktionsmedizin eröffnen könnte, bleibt es doch heterosexueller Geschlechtsverkehr in einer Partnerschaft zu zweit, der als Norm formuliert wird.⁸⁹ Die Idee einer heterosexuellen Zweierbeziehung wird so stark und unhinterfragt mitgetragen, dass im Umkehrschluss dazu eine Leerstelle zu allen anderen möglichen Lebensformen besteht (vgl. Butler 1991; Hark 2013, S. 459 ff).

Dr. Burkhard portraitiert weiter die ‚pragmatische Patientin‘, die er „realistisch“ nennt und entwirft einen ähnlichen Typus Mann als Partner dazu wie Dr. Abels:

B: „(...) Die Hintergründe waren ziemlich gleichmäßig, es waren erfolgreiche Frauen ja? Die genügend Geld hatten um sich das zu leisten, die zum Teil aus ähm wo langjährige Beziehungen zu Ende gingen wegen dem Kinderwunsch weil die Frau irgendwann so viel Druck gemacht hat gesagt hat ich möchte jetzt ein Kind und der Mann hat gesagt ne ich aber keins und Schluss; ähm und die Frauen natürlich realistisch gesehen haben dass es nicht so einfach ist mit 38 Jahren noch den idealen Mann zu finden. Ja? Und sagen jetzt frier ich ein ja? Und zur Not wenn ich wenn’s gar nicht klappt kann ich mir noch ’ne Samenspende holen und die Eier mit ’ner Samenspende befruchten lassen. Also des war so des erste der erste Schwung ja?“ (Dr. B: 250–258)

Mit „erste(r) Schwung“ bezeichnet er hier die ersten Patientinnen, die zu Beginn der Aufmerksamkeit für das Thema ‚Social Freezing‘ die Praxis aufsuchten. Auch ihm ist es zunächst wichtig zu erwähnen, dass diese Frauen einen hohen sozialen Status hatten (erfolgreiche Frauen mit genügend Geld). Zum Teil, so führt Dr. Burkhard aus, hatten die portraitierten Frauen Trennungen (langer Beziehungen) hinter sich, die durch die Uneinigkeit über den Kinderwunsch in der Partnerschaft ausgelöst worden seien. Verallgemeinert stellt er heraus, dass ‚die Frau‘ zu viel Druck mache, das heißt darauf beharre, ein Kind zu bekommen, wohingegen ‚der Mann‘ kein Kind möchte „und jetzt Schluss“. „Die Frau“ und „der Mann“ in dieser Erzählung dienen als beispielhafte Platzhalter in verallgemeinerbaren Geschichten von heterosexuellen Paaren. Auch hier sind es Männer beziehungsweise Partner, die Probleme verursachen, ähnlich wie in der Darstellung von Dr. Abels weiter oben. Doch während in ihrem Beispiel die Abwesenheit eines Partners zum aus-

89 Zum Begriff der Heteronormativität im Allgemeinen vgl. etwa Hark 2013; Engel 2002, Degele 2008a, S. 84ff.

schlaggebenden Problem wird, ist es hier die Anwesenheit des ‚falschen‘ Partners, der stereotyper Weise keinen Kinderwunsch hat und sich auch noch gleich trennt.

Der Grund für diese Frauen, von ‚Social Freezing‘ Gebrauch machen zu wollen, ist hier wieder der, dass sie ihre Chance, einen ‚idealen Mann‘ zu finden, ‚realistisch‘ gesehen haben, vom ‚Märchenprinzen‘ ganz zu schweigen. „Realistisch“ heißt in diesem Fall, sie überschätzen ihre Chancen mit 38 Jahren nicht, sondern wissen, wie gering diese sind. „Sie haben es gesehen“ deutet darauf hin, dass sie vielleicht schon schlechte Erfahrungen damit gemacht haben, einen ‚richtigen‘ Partner zu finden. Die Partnersuche habe etwas mit dem Alter zu tun, sie verschlechtere sich im Laufe der Zeit, so das Bild. Dies verdeutlicht Dr. Burkhard noch einmal durch den Hinweis auf die noch zur Verfügung stehende Möglichkeit einer Samenspende, die aber nur im äußersten Notfall wünschenswert sein kann. Der beste Fall bleibt auch hier das heteronormative Ideal des Kinderkriegens in einer heterosexuellen Partnerschaft zu zweit.

Auch Dr. Clausen portraitiert Frauen, die bei Dr. Burkhard als „realistisch“ und bei Dr. Abels als „pragmatisch“ beschrieben werden:

C: „(...) die sind schon ein bisschen anders, äh und ich finde die alle sehr klar strukturiert und äh die denken auch rational über ihr Leben nach, und über ihre Optionen und ähm sagen Ihnen klipp und klar pf ((Atmet Luft durch seine geschlossenen Lippen aus)) wie die das sehen, dass sie jetzt auch in der Männerwelt einfach ’n riesen Problem sehen. Das is jetzt nich nur dass sie vielleicht noch keine Schwangerschaft wollen, da sind auch viele die sagen auch da bin realistisch geworden mittlerweile ähm das mit den Männern is nich mehr so einfach ähm es gibt nicht mehr so viele Männer die mal eben bereit sind zu ’nem Kind zu ’ner Familie. (...) Und da ham se recht. Kann ich bestätigen. Ja. Und mit irgendeinem möchte ich auch kein Kind haben. Ja. Also die Männer spielen schon auch n bisschen rein in das Thema, ja.“ (Dr. C: 414–428)

Dr. Clausen beschreibt die Frauen, die ihre Eizellen vorsorglich einfrieren lassen, als anders. Vermutlich sind sie anders als andere Frauen, anders als Frauen bisher oder anders als erwartet. Der konkrete Bezugsrahmen seiner Beschreibung als „bisschen anders“ bleibt jedoch unklar. Sie sind in jedem Fall „klar strukturiert“ und „realistisch“. Die Beschreibung dieser Frauen steht im Umkehrschluss ‚normalen Frauen‘ entgegen, die aus Dr. Clausens Perspektive vielleicht unstrukturiert, irrational und unrealistisch sind. Das „Problem“ mit der gesamten „Männerwelt“, das hier antizipiert wird, unterscheidet sich insofern von den oben wiedergegebenen Narrativen, als dass die Frauen hier nicht ‚den Richtigen‘ suchen oder deren Suche

nach „Prinz Charming“ realistisch einschätzen müssen. Hier wird in Frage gestellt, ob es diesen überhaupt gibt. Die ganze „Männerwelt“ wird problematisiert. Dass „[das] mit den Männern (...) nicht mehr so einfach“ ist, deutet darauf hin, dass es einmal in der Vergangenheit einfach gewesen sein muss, einen Kinderwunsch mit einem Mann zu verwirklichen. Doch nun, so beschreibt es Dr. Clausen anhand der Frauen in seiner Klinik, gäbe es nur noch wenige Männer, die überhaupt Kinder und eine Familie haben wollten. Indem er sich in die Lage der Frauen hineinversetzt, betont er, dass es dabei nicht irgendein Mann sein dürfte, mit dem eine Frau ein Kind bekommen kann, sondern eben ‚der Richtige‘. Wenn nun fast alle Männer Bindungsängste haben und keine Kinder oder eine Familie haben wollten, sei es „realistisch“ von Frauen, sicherheitshalber ihre Eizellen einfrieren zu lassen.

Auch auf der besuchten Veranstaltung in Barcelona, auf der eine Referentin aus Großbritannien die *typische* „Egg Freezerin“ (nicht wie oben die „ideale Patientin“) portraitiert, werden die Partner, mit denen die portraitierten Frauen aktuell zusammen sind, die also anwesend sind, im Kontrast zum (noch) abwesenden ‚Richtigen‘ als Problem beschrieben:

„Sie (es ist nur die Rede von „She“) ist 36 Jahre alt, hat einen college-Abschluss und ist vollzeit-angestellt (Beispielberufe sind: Lehrerin, Anwältin, Buchhalterin, Geschäftsführerin). Sie war noch nie schwanger und hat sich kürzlich von ihrem langjährigen Partner aufgrund seiner Bindungsunfähigkeit getrennt. Hat sich immer vorgestellt und gehofft, dass sie heiraten und Kinder bekommen wird und sie hat Angst davor, in einer neuen Beziehung ‚verzweifelt‘ zu wirken.“ (Protokoll BS)

Nicht nur der (höhere) Bildungsabschluss wird hier erwähnt, auch werden verschiedene Berufsfelder für die „Egg Freezerin“ genau benannt. Auch die Tatsache, dass die typische „Egg Freezerin“ noch nie schwanger war, also wahrscheinlich noch keine Kinder hat, passt zum Bild der kinderlosen Akademikerin, die oben bereits kurz beschrieben wurde. Die Partnerlosigkeit der „Egg Freezerin“ wird begründet: sie hat sich von ihrem Partner getrennt, weil dieser bindungsunfähig ist. Es hört sich so an, als würde „sie“ (noch) an einem Traum bestehend aus Ehe und Kindern festhalten wollen, der durch die Trennung in Gefahr ist. So hat sie sich immer „vorgestellt und gehofft“, dass dieser Traum in Erfüllung gehen werde. Die Beschreibungen dieser Frau, aber auch des dazu entworfenen Mannes, wirken wieder sehr heteronormativ und sehr stereotyp: Die Frau hofft und träumt von Ehe und Kindern, der Mann möchte sich nicht binden, auch nicht nach jahrelanger Beziehung und entzieht sich. Das Männerbild, das zu diesem Frauenbild entworfen wird, wird psychologisiert. Währenddessen brechen die Frauen, die hier beschrieben

werden aus Stereotypen aus und sind nun nicht mehr emotional und träumerisch, keine Opfer mehr, sondern handeln und sorgen vor: so lange, bis vielleicht doch ‚der Richtige‘ kommt.

Die Geschlechterstereotype, die hier verhandelt werden, bewegen sich in einer heterosexuellen Matrix der Zweigeschlechtlichkeit (vgl. Butler 1991) und reproduzieren dabei stereotype Vorstellungen von Weiblichkeit und Männlichkeit mit typisch passiven bzw. aktiven Wesensmerkmalen (vgl. de Beauvoir 1968; Lenz/Adler 2010; Keller 1986). Frauen wünschen sich Kinder und warten auf Männer, die noch keine Familie gründen wollen. Doch mit ‚Social Freezing‘ können Frauen, zumindest eine Zeit lang, aus ihren bisherigen Rollen ausbrechen und aktiv werden, während Männer weiter in ihren Rollen verhaftet bleiben. Durch die dem ‚Social Freezing‘ innewohnende Zeitstruktur des Anhaltens können Lebensverläufe der Frauen entzerrt werden.

Die Angst davor, verzweifelt zu wirken, die die Referentin erwähnt, bezieht sich darauf, dass die „Egg Freezerin“ bereits ein bestimmtes Alter erreicht hat, in dem sie nicht mehr viel Zeit hat, ihren Kinderwunsch in die Tat umzusetzen. Lernt sie nun einen neuen Partner kennen, mit dem sie diesen Kinderwunsch realisieren wollen würde, könnte sie der Zeitdruck, den sie aufgrund ihres Alters verspürt, verzweifelt wirken lassen, einzig einen Partner zum Kinderkriegen zu suchen. Der Kinderwunsch könnte zu viel Gewicht in dieser antizipierten neuen Beziehung einnehmen. Dies macht das Verzweifeltsein aus. Das Narrativ der Angst vor dem Verzweifeltsein erinnert an das prominente Bild und Schreckgespenst der ‚Spinster‘ oder zu Deutsch der ‚alten Jungfer‘, deren bekannteste Figur Helen Fieldings Bridget Jones (Bridget Jones Diary, Roman: vgl. Fielding 1996, Film: 2001) ist.⁹⁰ Millionen Menschen begleiteten die Protagonistin auf ihrer Suche nach dem ‚richtigen‘ Mann und in ihrer Angst davor, als alte Jungfer zu sterben. Bridget Jones genießt dabei alle Freiheiten, die eine emanzipierte Frau dieser Zeit genießen kann, ohne dies als feministisch zu deklarieren oder zu verstehen (sie geht arbeiten, sorgt für sich allein, trinkt und raucht) (vgl. Angela McRobbie 2010). „Dem Feminismus zum Trotz träumt Bridget von romantischer Liebe, möchte den passenden Mann finden, heiraten und Kinder kriegen“ (ebd., S. 31ff.). Am Ende geht es Bridget Jones nur noch darum, ‚den Traummann‘ zu finden, während ihre Karriere nicht (mehr) wichtig ist.⁹¹ Für Angela McRobbie ist dies ein prominentes Beispiel dafür, was sie als post-

90 Vgl. zur Figur der Spinster und Bridget Jones auch Feiler 2017b.

91 Im vierten 2016 erschienenen Film „Bridget Jones's Baby“ geht es genau um jene im Diskurs um ‚Social Freezing‘ verhandelte Themen ‚später‘ Mutterschaft und tickender biologischer Uhren: Bridget Jones hat Karriere gemacht und währenddessen nicht daran gedacht, ein Kind zu bekommen. An ihrem 43. Geburtstag wird sie an ihre biologische

feministische Populärkultur bezeichnet: eine „doppelte Verwicklung“, die aus der Gleichzeitigkeit neokonservativer Leitbilder und Ideen und einer Liberalisierung von Lebensmodellen und Arten entsteht (ebd. 2010, S. 33; vgl. auch Walby 2011). Gleichzeitig ist es en vogue geworden, sich als Feministin zu bezeichnen⁹², wie es vielen Frauen mit dem Hinweis auf das Erreichen der Gleichberechtigung plausibel scheint, sich vom Feminismus abzugrenzen, weil es ihn nicht mehr brauche.⁹³

Die Frauen, die hier als ‚tatsächliche‘ Patientinnen von Seiten der Reproduktionsmediziner_innen entworfen werden, klingen auf den ersten Blick nach Bridget Jones. Sie lassen ihre Eizellen einfrieren, weil sie Angst haben, als alte Jungfer zu enden. Sie träumen von Ehe und Kindern und wissen über die Schwierigkeiten der Partnersuche Bescheid. Sie tragen Sorge für ihre Reproduktion und planen ihre Zukunft, um alle Freiheiten genießen zu können, die Feministinnen vor ihnen für sie erkämpft haben:

„Trotz einer gut durchdachten Lebens- und Berufsplanung (...) kann es vorkommen, dass auch diese gut regulierte Freiheit sich in ihr Gegenteil verkehrt (...). Letzteres wiederum lässt klar beschreibbare Pathologien entstehen (späte Mutterschaft, Versagen bei der Jagd nach dem richtigen Mann), die die Parameter dessen bestimmen, was für junge Frauen als ein lebbares Leben gelten kann, ohne dass dafür ein neuer Feminismus erfunden werden müsste.“ (McRobbie 2010, S. 45)

Das Bild der vorsorgenden, „realistischen“ und „pragmatischen“ Frau, der ‚tatsächlichen‘ Patientin wie es von den Reproduktionsmediziner_innen gezeichnet wird, entspricht der Figur Bridget Jones. Doch überlassen die ‚tatsächlichen‘ Patientinnen nun ihre Zukunft nicht mehr dem Schicksal. Dies macht ihren Pragmatismus und ihren Realismus aus. Während Bridget Jones in den frühen 2000ern noch in einer an manchen Stellen etwas altmodisch wirkenden Form von Weiblichkeit tollpatschig

Uhr erinnert und wird schwanger. Zunächst weiß sie nicht, von wem das Kind ist, hat keine Unterstützung und verliert ihren Job. Doch findet sie heraus, wer ‚der Richtige‘ ist und der Film endet mit der Hochzeit mit dem Vater des Kindes (Bridget Jones’ Baby 2016).

- 92 Aktuelle Beispiele hierfür sind etwa die Sängerin Beyonce Knowles, die sich immer wieder öffentlich als Feministin bezeichnet und inszeniert (vgl. z. B. Blair 2016 im Independent) oder die Modekette Dior, die 2016 ein Model mit einem T-Shirt mit der Aufschrift „We should all be feminists“ über den Catwalk ihrer Pariser Fashion Show schickte, das seither verkauft wird und große Aufmerksamkeit erlangte. Zu den Hintergründen vgl. etwa Carter-Morley 2016, the Guardian.
- 93 Hierzu löste beispielsweise ein von Ronja von Rönne in der Welt veröffentlichter Artikel mit dem Titel „Warum der Feminismus mich anekelt“ in Deutschland 2015 eine öffentliche Debatte aus, vgl. von Rönne 2015 auf welt.de.

und mädchenhaft auf romantische Liebe hofft und diese sucht (vgl. ebd.), ist die hier beschriebene Frau nun eben *realistisch* und *rational*.

An den Möglichkeiten einer Technologie kann eine, wie Rosi Braidotti es nennt, „schizoide Doppelbewegung von gleichzeitiger Auflösung und erneuter Festsetzung von Differenzen“ (vgl. ebd. 2009, S. 117) beobachtet werden. Frauen können aktiv und unabhängig ihr Leben planen, während sie jedoch immer noch warten, bis doch noch der ‚richtige‘ Partner kommt, da eine Samenspende nur im Notfall in Frage kommen kann.

Ein wenig proaktiver als Bridget Jones dürfen Frauen in den Erzählungen der Reproduktionsmediziner_innen sein, jedoch keinesfalls zu „rational[e]“ und zu „realistisch[e]“ Karrierefrauen.

Die ‚unerwünschte‘ Patientin: ‚Karrierefrau‘ oder „Loserfrau“

„Egoistische“ Karrierefrauen

A: „(...) also sehr pragmatisch orientierte Frauen. Die jetzt nicht karrieregeil sind; also so würd ich's nicht beschreiben, denen die Karriere über alles geht, diese eine die jetzt in die Staaten geht hat jetzt natürlich ein tolles Angebot oder ne andere die jetzt ne Oberarztposition bekommen hat in der Klinik wo sie sich nochmal etablieren muss das sind so die Richtungen die wir so beobachten. Ja?“ (Dr. A: 147–152)

„[D]iese eine die jetzt in die Staaten geht“ ist eine Patientin, von der Dr. Abels zuvor im Interview erzählt hat. Es handelt sich dabei um eine Patientin, an der sie beispielhaft darstellt, welche Frauen ihre Praxis aufsuchen, nachdem zu Beginn des Interviews gefragt wurde, wie viele Menschen sich für ‚Social Freezing‘ in ihrer Praxis circa interessieren. „Diese eine“ Frau ist Ende 20 und hat ihre Eizellen einfrieren lassen bevor sie in die USA gezogen ist. Den Bezug ‚Karriere‘ stellen alle interviewten Personen selbst her, vermutlich weil das Narrativ der Frau, die erst Karriere macht und dann Kinder bekommt, in der öffentlichen Wahrnehmung des Themas ‚Social Freezing‘ so stark ist. Wichtig ist offenbar, dass diese Frau nicht „karrieregeil“ ist. Von einer Karriere könnte man gemeinhin sprechen, wenn sie aktiv eine Oberärztinnenposition anstrebt, versteht man darunter so etwas wie beruflichen Aufstieg.⁹⁴ Sie darf also Karriere machen, diese aber nicht zu sehr forcieren oder priorisieren, ihre Karriere darf nicht „über alles geh[en]“, das heißt, nicht wichtiger sein als ein Kinderwunsch. Die Frau im Beispiel muss sich im gezeichneten Bild erst noch etablieren, bevor sie

94 Im Alltagsverständnis wird Karriere, wie das Bild der Karriereleiter zeigt, mit Aufstieg in höher qualifizierte Positionen verbunden.

Kinder bekommen kann. Dr. Abels bezieht sich mit ihren Andeutungen über eine Frau, der „Karriere über alles geht“ hier auf eine Figur, die offensichtlich anschlussfähig ist, weil sie sie nicht weiter erläutert und auch nicht weiter erläutern muss.

Auch in Barcelona kontrastieren mehrere Referent_innen die Frauen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren oder es in Anspruch nehmen, mit einer Art von ‚Karrierefrau‘ wie hier eine Referentin aus Großbritannien:

„Sie [J. F.: die Social Egg Freezerin] ist nämlich keine egoistische, ehrgeizige, anspruchsvolle und verblendete alpha-Frau die alles haben will, sie erachtet Männer auch nicht als unnütz und überflüssig und ist auch nicht nur an deren Keimzellen interessiert. Sie hat einfach zu lange in der Hoffnung gewartet, den einen schon noch an der nächsten Ecke zu treffen.“ (Protokoll BS)

Die Frau, die nicht die ‚echte‘ „Social Egg Freezerin“ ist, wird mit allerlei in diesem Kontext negativ konnotierten Adjektiven dargestellt: sie ist „egoistisch“, „anspruchsvoll“⁹⁵ und „verblendet“. Sie ist eine Art Man-Eaterin, die Männer nur für ihre Reproduktionsfähigkeit braucht und nicht an den Personen, sondern nur an deren reproduktivem Material interessiert ist. Bedrohlich wirkt die Darstellung dieser Frau, die die „Social Egg Freezerin“ nicht ist. Im letzten Satz des Zitates wirkt die ‚echte‘ „Social Egg Freezerin“ dagegen fast unschuldig und harmlos. Die ‚echte‘ „Social Egg Freezerin“ ist an wahrer Liebe interessiert und hat „einfach zu lange“ im Glauben gelebt, es sei leicht, „den einen“ hier „an der nächsten Ecke“ zu finden. Die partnerlose Frau, die ‚Social Freezing‘ durchführen lässt, die noch Träume hat und sich zu lange auf ‚das Schicksal‘ verlassen hat, steht hier im harten Kontrast zur ‚Karrierefrau‘, die eigens dafür als Gegenpol entworfen wird.

Die „ideale Patientin“, wie oben dargestellt, nimmt ihr Schicksal selbst in die Hand, ohne von ihrer Karriere ‚verblendet‘ zu sein. Die ‚Karrierefrau‘ wirkt hier wie der ‚worst case‘ der Frauen, die potentiell ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen könnten. Sie ist weder die ‚ideale‘, noch die ‚tatsächliche‘ Patientin, sie dient lediglich der Abgrenzung und ist somit die ‚unerwünschte‘ Patientin. Eine Frau, die Karriere macht, anstatt sich früher oder später auf ihre Reproduktion zu konzentrieren, wird als Horrorszenario inszeniert, das es in den bisherigen Beispielen nicht wirklich gibt, sondern das als Antifolie dient.

Es werden in den Ausführungen zwei Arten von Karrierefrauen gezeichnet. Eine, die gerade nicht ‚den Richtigen‘ hat und die andere Frau, die gar kein Inte-

95 In anderen Kontexten muss zumindest das Adjektiv „anspruchsvoll“ nicht unbedingt negativ konnotiert sein. In Kombination mit den anderen Adjektiven hier hat „anspruchsvoll“ den Charakter von schwierig, wählerisch und überzeugen.

resse daran hat, einen Partner zu finden. Ebenso wie in den Ausführungen über ‚medizinische und nicht-medizinische‘ Gründe im vorangegangenen Kapitel 3.1, werden auch hier Motive bewertet. Bezogen auf die Darstellungen ‚medizinischer‘ Gründe kann überspitzt formuliert gedeutet werden, dass Frauen, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen und ‚nicht-medizinisch‘ indizierte Risiken in Kauf nehmen, ‚wenigstens‘ Liebeskummer haben sollen, um den technologischen Einsatz zu rechtfertigen. Legitim wirkt das Einfrieren der Eizellen, wenn Männer Schuld an einer Partner- und Kinderlosigkeit sind, nicht jedoch, wenn eine Frau sich dies selbst ausgesucht hat.

Auch Dr. Clausen beschreibt die Realität des ‚Social Freezings‘ als eine, in der es keine ‚egoistischen Karrierefrauen‘ gibt:

C: „(...) man die Realität vielleicht wie sie wirklich is möcht ma nich sehen deshalb äh schiebt man des eher so diesen Loserfrauen zu diese diese die immer nur an ihre Karriere gedacht haben, und dann irgendwie quasi als ähm als Kinderlose enden. Genau die die Notbremse ziehen.“ (Dr. C: 472–476)

Wer diese Realität nicht sehen möchte, sind für Dr. Clausen, so erklärt er zuvor im Interview, technologiefeindliche Menschen (vor allem innerhalb der Reproduktionsmedizin), die ‚Social Freezing‘ gänzlich ablehnen, indem sie das Bild der „Loserfrauen“ als Konsumentinnen der Technologie zeichnen. Frauen, die ihre Karriere in den Vordergrund stellen und dadurch als „Kinderlose enden“, werden hier zu Verliererinnen, zu „Loserfrauen“. Sie versuchen deshalb ‚die Notbremse‘ zu ziehen, um nicht einsam zu sterben, so das Narrativ. Wieder dient das Bild nur als Antifolie zu den Frauen, die ‚wirklich‘ die Praxen aufsuchen. Die „Loserfrauen“ sind Verliererinnen, weil sie nicht an das wirklich Wichtige im Leben gedacht haben. Es drängt sich der Verdacht auf, als grenzten die Reproduktionsmediziner_innen alle ‚idealen‘ und ‚tatsächlichen‘ Patientinnen von der ‚unerwünschten‘ Patientin ab, um zu zeigen, dass sie dieser Art von Frau nicht helfen wollen. Sie ist „verblendet“ und „egoistisch“ und hat die falschen Prioritäten gesetzt. Wieder in Bezug auf die Selbstdarstellungen der Reproduktionsmediziner_innen könnte man deuten, dass ein_e_seriöse_r Reproduktionsmediziner_in keine „verblendeten“ Frauen behandelt, weil es nicht legitim ist, diese Frauen zu behandeln, weil sie an ihrer Situation selbst schuld sind. Die ‚Karrierefrau‘ wird in diesem Kontext also zur Verliererin, weil sie zum einen, dies wird in Kapitel 4 noch deutlicher, nicht rechtzeitig ihre Eizellen hat einfrieren lassen. Sie hat nicht zum richtigen Zeitpunkt gewusst, dass ihre Fruchtbarkeit sinkt. Sie hatte falsche Vorstellungen davon, was technologisch möglich ist und was nicht. Die biologischen Voraussetzungen sind für alle die gleichen, die Natur gibt den Fruchtbarkeitsverlust vor und Technologie kann nicht

grenzenlos helfen, so das Bild. Zum anderen hat sie, wie bereits erwähnt, verloren, weil sie ihre Prioritäten falsch gesetzt und ihre Karriere der Familie vorgezogen hat.

In dieser deutlich werdenden Verachtung der ‚Karrierefrau‘ kommt zum Ausdruck, dass Frauen hier trotz aller anderen Subjektpositionen mit Müttern gleichgesetzt sind.⁹⁶ Die ‚Karrierefrau‘ verliert auch, weil sie ihr Frausein durch Mutterschaft und vielleicht auch durch eine Partnerschaft zu einem Mann nicht erfüllt. In diesem Fall ist nicht wie oben „die Männerwelt“ das Problem, sondern Frauen, die keine Männer wollen. Das intelligible Subjekt (vgl. Butler 1991) ‚Frau‘ hat in diesen Ausführungen einen Kinder- und Beziehungswunsch und weiß dies rechtzeitig. Intelligibel, weil vorstellbar, ist zwar auch ‚die Karrierefrau‘, doch ist sie kein erstrebenswertes Subjekt, sondern ein abstoßendes Negativ-Subjekt.

Frauen „in Charge“ oder: der abgehängte Mann

Die pragmatische Frau, die vorsorgt und ihr Schicksal in die Hand nimmt, bekommt in den Beschreibungen eines Reproduktionsmediziners noch einen anderen Mann zur Seite gestellt, als den abwesenden oder ‚ungeeigneten‘ Partner. Die bisher dargestellten Bilder zeichnen Männer, die bindungsgestört sind und keine Kinder und keine Familie wollen. Dr. Clausen zeichnet das Bild eines von der ‚pragmatischen‘ Frau abgehängten Partners.

C: „(...) Frauen das aber das sag ich Ihnen jetzt als ähm als Frauenarzt oder als Reproduktionsmediziner der seit 20 Jahren einfach intensivst mit Frauen redet und auch quasi auch Frauen fühlt, Frauen ham sich natürlich verändert, in den letzten 20 Jahren das liegt nicht nur daran dass ich älter geworden bin das liegt daran dass sie sich wirklich verändert haben, sie sind viel (2) autonomer geworden, sie sind viel selbstbewusster geworden und sie sind äh Männer und das sag ich jetzt ganz bewusst auch als Reproduktionsmediziner weil ich die Paare sehr oft sehe, Männer verlieren zunehmend die Kontrolle das heißt Frauen sind immer mehr in Charge. Ähm in der Beziehung und ähm das geht das geht teilweise so weit, für mich etwas pervertiert, aber ich erkenne das, dass Frauen in die Beratung kommen in die Sprechstunde zum Social Freezing und ihre Freunde ihre Lebensgefährten mitbringen, aber vor diesen Lebensgefährten klarmachen, dass sie ihre Eizellen sozusagen in Sicherheit bringen wollen, weil sie gar nich wissen ob sie mit diesem Mann dann auch Kinder bekommen wollen. Also wissen sie, Sie können einen

96 Mutterschaft taucht als Thema im Diskurs um ‚Social Freezing‘ nur selten auf (vgl. Kapitel 4.2). Ausführlicher zum Thema Mutterschaft, das nur als antizipiertes Risiko, nicht Mutter zu werden, sichtbar wird vgl. Feiler 2017b.

Mann überhaupt nicht mehr kastrieren, als Frau als auf dieser Ebene. Äh und da is und da is was passiert. Da is richtig Musik drin.“ (Dr. C: 198–212)

Dr. Clausen positioniert sich hier zunächst einmal selbst, legitimiert vielleicht auch vor der Interviewerin, einer jungen Frau und Soziologin, seine Einschätzung über die Veränderung ‚der Frauen‘ in den letzten zwei Jahrzehnten. Er bezeichnet sich selbst als Frauenarzt *und* Reproduktionsmediziner, der Frauen nicht nur sieht und untersucht, er redet mit ihnen und „*fühlt*“ sie. Hierdurch möchte er offensichtlich größtmögliche Nähe zu den Frauen herstellen, von denen er spricht. Ein wenig selbstironisch lässt er einfließen, dass auch er älter geworden sei in den letzten zwei Jahrzehnten und schließt dieses Älterwerden jedoch als Begründung für die Wahrnehmung einer gesamtweiblichen Veränderung aus. Sie haben sich *wirklich* verändert.

Wenn Frauen, wie er es beschreibt, an Autonomie und Selbstbewusstsein gewinnen, verlieren Männer die Kontrolle. Auch diese Beobachtung zieht er aus seiner Erfahrung als Reproduktionsmediziner, der mit vielen Paaren zu tun hat. Frauen nehmen Männern in diesem Narrativ etwas weg, das am Ende des Zitats bildlich spezifiziert wird: ihre Hoden, vielleicht an dieser Stelle gleichzusetzen mit ihrer Männlichkeit. Nichts könne stärker ent-männlichen, als eine Frau, die vor dem eigenen Partner und einer dritten Person ausspricht, nicht sicher ein Kind von diesem Partner zu wollen. Der Mann verliert die Kontrolle und seine Männlichkeit also dadurch, dass seine Fortpflanzung hier nicht garantiert ist. Dr. Clausen wechselt an dieser Stelle sogar die Ebene und spricht nicht mehr über das Paar, oder die Paare, sondern spricht mich als Interviewerin an. Dies hebt das Abstraktionsniveau der Aussage in einen höheren, allgemeingültigen Zustand. Die Bewertung am Ende der Ausführung „Da is richtig Musik drin“ klingt nach Ärger. Die „pragmatische“ Frau wird hier durch ihr Selbstbewusstsein und ihren hohen Grad der Emanzipation zur Man-Eaterin. Der dazu entworfene Mann ist unterdrückt, kastriert, seiner Männlichkeit beraubt. In dieser Darstellung ist die Rollenverteilung umgekehrt zu den oben besprochenen Stereotypen des Mannes, der noch keine Kinder will und der Frau, die deshalb verlassen wird. Hier möchte die Frau warten und ihre „Eizellen (...) in Sicherheit bringen“ und der Mann, dadurch ohnehin seiner Männlichkeit beraubt, sitzt regungslos daneben.

Zusammenfassend können die drei nachgezeichneten Frauen-Figuren folgendermaßen gegenübergestellt werden: Die ‚ideale‘ Patientin soll jung sein (ca. 30 Jahre alt), vorsorgen und selbst *für sich* entscheiden, „frei von Druck von außen“, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Die ‚tatsächliche‘ Patientin hingegen ist fast schon „zu alt“, um ihre Eizellen einfrieren lassen zu können. Sie handelt „realistisch“, „rational“ und „pragmatisch“ aus dem Wissen heraus, dass es nicht mehr einfach

ist, ab einem Alter 35 Jahren noch einen Partner zu finden. Sie hat Angst vor dem Druck, den ein fehlender Partner auf ihre Lebensplanung ausübt, weshalb sie ‚Social Freezing‘ in Anspruch nimmt. Wer im harten Kontrast zur ‚idealen‘ und zur ‚tatsächlichen‘ Patientin steht, ist die ‚unerwünschte‘ Patientin oder ‚Karrierefrau‘, die „egoistisch“ und „verblendet“ vergessen hat, worauf es ‚*eigentlich*‘ ankommt: Partnerschaft und Kinder. Die Männer, die als Partner dazu gezeichnet werden, sind erstens entweder „bindungsgestört“ und anwesend, oder bereits abwesend, oder sie sind zweitens abwesend und tauchen in Form eines ‚Richtigen‘ auf, der antizipiert und auf den gehofft wird, oder sie sind drittens von modernen Frauen entmännlicht. Andere Formen des Mannseins tauchen hier nicht auf.

„Feminism in a nutshell“ ist der Untertitel dieses Kapitels, weil in den Verhandlungen oder im Portraitieren dieser klischeebehafteten und stereotypisierten Bilder von Frauen und den dazu entworfenen Männerbildern im Kleinen jedes aktuelle frauenpolitische Thema enthalten ist. Vor allem werden Fragen der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeits- und Familien-Sphären, der Umgang mit modernen Technologien und Fragen der Emanzipation und Gleichberechtigung verhandelt.

Emanzipierte Frauen dürfen es nicht zu weit bringen, nicht zu emanzipiert sein und sich nicht zu sehr auf Technologie verlassen. Sie können Karriere machen, aber wenn sie nicht im ‚*richtigen*‘ Augenblick daran denken, Kinder zu bekommen, sind sie „Loserfrauen“. Die ‚ideale‘ Patientin, die mit Mitte 20 ihre Eizellen eingefroren hat, weil sie sich für ihr zukünftiges Leben alle Optionen offenhalten und Karriere machen möchte, gibt es in der Realität ihres Alltags nicht. Sie kann noch einen Partner finden und weiß das auch. Die ‚tatsächliche‘ Patientin hat, romantisch hoffend, ein wenig zu lange gewartet und ist jetzt „realistisch“. Als nicht erwünscht, oft nicht existent und abgelehnt bleiben Frauen, die unabhängig von Männern ihr Leben planen. Sie werden in dieser Ablehnung in Narrativen der Nicht-Existenz fast ausgeschlossen.

Es werden im Diskurs nur bestimmte Formen von Weiblichkeiten anhand von Motiven für ‚Social Freezing‘ legitimiert. Frauen dürfen, wie bereits erwähnt, Karriere machen, werden aber weiterhin abhängig von Männern beschrieben, mit denen sie Kinder bekommen wollen. Um mit Angela McRobbie zu sprechen, können diese Frauen nur zum Preis der Ablehnung voller Emanzipation und Gleichberechtigung sichtbar werden: „Junge Frauen können unter der Bedingung in Erscheinung treten, dass Feminismus von der Bildfläche verschwindet.“ (ebd. 2010, S. 89). Junge Frauen bestimmter Milieus werden im Rahmen eines, wie McRobbie es schreibt, „neuen Geschlechtervertrags“ (ebd. S. 90 f.), auch dies wird in den oben gezeigten Beispielen deutlich, anhand ihrer beruflichen Positionen gemessen:

„Ihre berufliche Identität und die Erlangung von Qualifikationen führen dazu, dass junge Frauen nicht mehr primär anhand ihrer Positionen in familiären und verwandtschaftlichen Strukturen klassifiziert werden. Ihre gut sichtbaren Körper sind nun durch den Besitz von Abschlüssen, Qualifikationen und beruflichen Identitäten gekennzeichnet. Im Zuge der Eroberung des Bildungssystems wird der Erwerb von Qualifikationen stärker bei jungen Frauen verortet als bei gleichaltrigen Männern.“ (ebd., S. 110)

Angela McRobbie diagnostiziert dies eben: für junge Frauen. Der Diskurs um ‚Social Freezing‘, das Sprechen über bestimmte Bilder von Frauen scheint diese jungen Frauen, wenn sie ein gewisses Alter erreicht haben, nun doch in die Schranken zu weisen. Sie können eine berufliche Identität aufbauen, Qualifikationen erreichen und sich bilden, aber eben *nicht nur*, sondern *auch*. Vergessen dürfen sie dabei nicht, den ‚richtigen Partner‘ zu finden und mit diesem Kinder zu bekommen. Sie können nun einmal nicht alles haben, auch nicht mit Hilfe der Reproduktionsmedizin, scheint die Botschaft zu sein.

Das Konzept der doppelten Vergesellschaftung von Regina Becker-Schmidt ist auch hier wirksam (ebd. 2010, S. 65 ff.). Doppelt vergesellschaftet sind die Frauen über Erwerbsarbeit und über Reproduktionsarbeit. Im Diskurs um ‚Social Freezing‘ sollen Frauen den ‚richtigen‘ Zeitpunkt kennen, um Familie und Beruf vereinen zu können. Wenn sie es nicht schaffen, alles auf die Reihe zu bekommen, werden sie zu Horrorfiguren inszeniert. Für die gezeigten Beispiele bedeutet dies:

„Sie kann ihren Platz auf dem Arbeitsmarkt einnehmen und ihren Status als berufstätige Frau genießen – solange sie dabei nicht zu weit geht. Sie muss ersichtlich fragil bleiben, und wenn sie eine konventionelle weibliche Verletzbarkeit an den Tag legt, kann sie sichergehen, weiterhin für Männer begehrenswert zu bleiben.“ (McRobbie 2010, S. 117)

Im Folgenden soll nun noch einmal die Essenz der vergangenen beiden Kapitel zusammengefasst und aufeinander bezogen werden, um im Anschluss daran in Kapitel 4 Narrative des Alter(n)s und des Risikos zu entfalten, die im Zuge der Verhandlung der problematisierten Paradoxie des ‚Social Freezing‘ auftauchen.

3.3 Freeze I: über die Legitimation und Delegitimation einer Technologie – eine Frage der Moral?

Abschließend soll nun noch einmal Dr. Burkhard mit dem Zitat zu Wort kommen, das ganz zu Beginn dieses Kapitels gezeigt wurde:

B: „Aber das ist ein moralischer und ethischer Unterschied also des Fertiprotektion da sag ich Mensch das ist 'ne echt arme Sau ja? Da ist nichts selbstverschuldet ja? Und wir versuchen wenigstens ja? Noch eine Zukunftsperspektive zu erhalten. Wenn 'ne 38-jährige zu mir kommt und jetzt Eier eingefroren haben will weil sie es nicht auf die Reihe gekriegt hat partnerschaftsfähig zu sein oder ihre Karriere vor Kinder gestellt hat, ja selbst dran schuld ja? Also pf (bläst Luft zwischen Zähnen aus) kein Mitleid. Null. Ja? @(ja?)@.“
(Dr. B: 507–513)

Rückblickend lässt sich nun noch einmal sagen, dass in diesem Zitat die Essenz dessen steckt, worum es bei der Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle im Diskurs um ‚Social Freezing‘ geht. Dr. Burkhard stellt hier zwei Frauen gegenüber, eine Krebspatientin, der er helfen möchte, einer Frau, die sich nicht binden wollte und ihre Karriere priorisiert hat, mit der er kein Mitgefühl hat. Diese beiden Frauen stehen für die Unterscheidung zwischen Medizin – die Krebspatientin – und Lifestyle – die ‚Karrierefrau‘. Es ist Mitgefühl, das als Mittel des Ausdrucks der *Legitimation* und *Delegitimation*, aber auch der *Bewertung* dient und anhand dessen auch implizit *Grenzen der (guten) Reproduktionsmedizin* als Verhandlung der eigenen Profession und Position gezogen werden.

Wie diese Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle gezogen wird und entlang welcher Kategorien und Grenzen sie verläuft, wurde im vergangenen Kapitel entfaltet. Nach Grenzen wie dieser im Diskurs um ‚Social Freezing‘ fragt diese Studie. Daran anschließend wird gefragt: *Wie wird dabei Wissen und wie werden Kategorien, Verständnisse und Bilder produziert?*

Nun soll noch einmal nachvollzogen werden, warum die Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle einen so hohen Stellenwert im Diskurs hat, so dass sie bereits dem Begriff ‚Social Freezing‘ inhärent ist. ‚Social Freezing‘ stellt eine Ausweitung einer medizinischen Praxis dar, die in ihrer *ursprünglichen* Anwendung der Vorstellung klassischer kurativer Medizin entsprach. Im Zuge einer Entgrenzung der Medizin (vgl. Wehling/Viehöver 2011) auf Anwendungsgebiete außerhalb dieser Vorstellung wird vielfach die Legitimation anhand der *Notwendigkeit* des Eingriffs besprochen:

„Sofern Medizin nicht als kommerziell organisiertes Handwerk oder reine Dienstleistung auf Bestellung verstanden wird, sondern als verantwortliche und normierte Praxis, deren Anwendung gewissen Kriterien genügen muss, ist es in ethischer Hinsicht von zentraler Bedeutung, welche Legitimationsbedingungen medizinisches Handeln erfüllen soll. Dass der Einsatz und die Anwendung neuer Technologien – auch im medizinischen Bereich – nicht schon allein durch deren Mach- und Verfügbarkeit gerechtfertigt sein kann, versteht sich – auch außerhalb der Medizin – von selbst.“ (Eichinger 2013a, S. 78)

Tobias Eichingers stellt das Verständnis der Medizin als „kommerziell organisiertes Handwerk oder reine Dienstleistung“ gegen eine „verantwortliche und normierte Praxis“. Dies lässt erahnen, dass zweiteres der wünschenswerte Zustand ist, der auf eine Weise von ersterem bedroht zu sein scheint. Ist die Definition des Medizinischen nicht mehr klar gegeben und überschreiten die Grenzen des Möglichen die des ethisch Legitimierbaren, müssen Kriterien der Legitimation geschaffen und ausgehandelt werden, die zur moralischen Handlungsanleitung werden können. Eben dies ist es, was hier in den Verhandlungen zur Unterscheidung von Medizin und Lifestyle geschieht. Durch das Ausweiten der Anwendungsbereiche der Kryokonservierung scheinen konkret Grenzen dessen ins Wanken geraten zu sein, was die Reproduktionsmedizin ausmacht und was sie leisten soll. Es wird die Frage verhandelt, wo Medizin aufhört und wo Lifestyle anfängt (und wo Lifestyle wieder aufhört). Wie gezeigt wurde, ist das psychische Leiden als Figur legitimer Eingriffe aus der Forschung zur plastischen Chirurgie bekannt (vgl. Davis 2008; Meili 2008). Durch das Verweisen auf den Ursprung der Technologie in der Onkologie wird ‚Social Freezing‘ vielfach auf den medizinischen Platz verwiesen und mit etwas *Eigentlichem* ausgestattet. Ein unerfüllter Kinderwunsch wird im Gegensatz zum psychischen Leiden in der plastischen Chirurgie eher nicht pathologisiert. Über das Abgrenzen zu Kolleg_innen in der Reproduktionsmedizin, die werben und Medizin kommerzialisieren, die ökonomische Interessen haben und dadurch als ‚unseriös‘ markiert werden, werden normative Grenzen dessen festgelegt, worum es in der Profession der Reproduktionsmedizin gehen *sollte*. Mit einem teilweise sehr hohen Grad an Emotionalität werden hier *Fragen und Grenzen der Moral* verhandelt. Häufig ist das Narrativ der *falschen Vorstellungen*, die durch die Kommerzialisierung und durch Werbung produziert würden, dabei zentral.

Mit der Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle, die anhand von medizinischer Notwendigkeit getroffen wird, läuft, um dies zu wiederholen, also stets schon das Verhandeln von Grenzen dessen mit, *was als legitim erachtet wird und was nicht*. Als legitim gilt erst einmal das Kryokonservieren mit medizinischer Indikation, als nicht legitim das Kryokonservieren ohne medizinische Indikation. Motive für den Eingriff werden zur Bewertung herangezogen.

Auf beiden Seiten der Unterscheidung Medizin – Lifestyle geschieht die Legitimation und Delegitimation über Motive. Geht es um das Verhandeln der medizinischen Seite, so werden anhand von Risiken, Materialeinsatz oder eben Notwendigkeit ‚medizinisch indizierte‘ Eingriffe legitimiert, ‚nicht-medizinische‘ delegitimiert. In der Verhandlung von Lifestyle anhand von Frauenbildern und Patientinnenfiguren wird ‚Social Freezing‘ für diejenigen Frauen legitimiert, die ‚früh genug‘ vorsorgen oder die nicht selbst an ihrer Kinderlosigkeit ‚Schuld‘ sind. Es wird deutlich, dass die Legitimation nicht in klaren Grenzen verläuft, sondern je nachdem changiert, was gerade besprochen wird. Auf der Seite des Lifestyle sind es die Figuren der ‚idealen‘, ‚tatsächlichen‘ und ‚unerwünschten‘ Patientinnen (und den dazu gezeichneten Partnern), anhand derer die Legitimation von ‚Social Freezing‘ verhandelt wird. Die Motive, die Frauen haben, ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen zu wollen, führen zur Beschreibung legitimer Patientinnen und nicht legitimer Patientinnen. Legitim wäre, so konnte gezeigt werden, die ‚ideale‘ Patientin deshalb, weil sie jung genug ist, um mit wenig(er) Aufwand und geringeren Risiken Eizellen einfrieren zu lassen. Sie ist unter anderem auch deshalb ‚ideal‘, weil sie keine *falschen Vorstellungen* hat. Im Gegensatz dazu steht zum einen die ‚tatsächliche‘ Patientin, die ‚eigentlich‘ bereits zu alt ist für Social Freezing, die aber (noch) nicht den ‚richtigen‘ Partner zur Erfüllung eines Kinderwunsches hat. Sie scheint auch auf eine Weise legitim zu sein, weil sie zwar nicht die ‚ideale‘ Patientin ist, der Grund für ihren Bedarf an ‚Social Freezing‘ jedoch nicht *selbstverschuldet* ist. Sie wurde entweder verlassen oder hat noch nicht den ‚richtigen‘ Partner zur Erfüllung eines Kinderwunsches gefunden. Vor allem die interviewten Mediziner_innen und die Vortragenden auf den Veranstaltungen scheinen ein sehr ambivalentes Verhältnis zu den Patientinnen zu haben. Dies wird vor allem deutlich, wenn die ‚unerwünschte‘ Patientin zur Abgrenzung der ‚tatsächlichen‘ Patientin herangezogen wird. Ihre Motive, ‚Social Freezing‘ und die technologische Hilfe der Reproduktionsmediziner_innen in Anspruch zu nehmen, werden abgelehnt und delegitimiert. Sie hat, wie gezeigt wurde, auf mehreren Ebenen verloren, weil sie ‚falsch‘ priorisiert hat. Die Verhandlung der drei Patientinnen-Figuren weist stark heteronormative Züge auf. Auch Rajani Bhatia und Lisa Campo-Engelstein stellen in ihrer Untersuchung zur Wahrnehmung von ‚Social Freezing‘ in der US-amerikanischen Öffentlichkeit fest, dass der (feministisch anmutende) Diskurs sehr klassizistische und heteronormative Züge aufweist:

“The narrative shift from depicting SEF users as brave rather than selfish touts SEF as a means for women to redeem lost or ‘wasted’ precious time devoted to careers instead of starting families. Ironically, this exclusive and selective feminist script in support of SEF operates as a way for women to redeem ‘lost’ femininity by performing legitimized desires for the heteronormative family ideal with genetically related

children and the self-sacrifice needed to do all in one's power to obtain that version of feminine maternal identity.” (ebd. 2018, S. 21)

In direkter Analogie zu dieser ‚weiblichen mütterlichen Identität‘, die ansonsten verloren gehen könnte, steht die Figur der ‚Loserfrau‘, die die ‚unerwünschte‘ Patientin symbolisiert. An ihrer Figur und der Paradoxie des ‚Social Freezing‘, die sich in der Differenz der ‚idealen‘ und der ‚tatsächlichen‘ Patientin zeigt, entfaltet sich das Verhandeln von *Legitimation* und *Notwendigkeit* seitens der Reproduktionsmediziner_innen.

Das Ringen um Anerkennung der Reproduktionsmediziner_innen, das sich im Laufe des Kapitels gezeigt hat, kann als Verhandlung der eigenen Profession gelesen werden, deren Grenzen nicht mehr klar festgelegt scheinen. Der Bedeutungsgewinn wunscherfüllender Medizin, so eine häufige Diagnose, sei mit einem Verlust an Autonomie ärztlichen Handelns verbunden (vgl. Kettner 2009).⁹⁷ Die Deutungshoheit ärztlichen Handelns wird dabei als von vielen verschiedenen Faktoren abhängig beschrieben, die außerhalb der medizinischen Profession liegen: „Richtlinien, Leitlinien, Standards, aber auch Ethikkommissionen bestimmen immer mehr den Spielraum medizinischen Handelns – direkt oder indirekt.“ (Feuerstein/Kuhlmann 1999, S. 9).⁹⁸ Günter Feuerstein und Ellen Kuhlmann sehen einen Grund des Autonomieverlustes unter anderem in den „veränderten Kontextbedingungen medizinischer Praxis“ und im „Entstehen neuer Problemlagen durch diagnostische und therapeutische Verfahren, die mit traditionellen moralischen Werten konfliktieren und daher im Grenzbereich gesellschaftlicher Akzeptanz angesiedelt sind“ (ebd. S. 9). ‚Social Freezing‘ stellt gewiss einen solchen „Grenzbereich gesellschaftlicher Akzeptanz“ dar. Wie Gina Atzeni es für die Profession der Medizin im Allgemeinen beschreibt, zeigt sich hier für die Disziplin der Reproduktionsmedizin ein beobachtbarer „Wandel historischer Legitimationsformen medizinischer Macht“ (ebd. 2014, S. 153). Sie geht dabei nicht von einem Autonomieverlust, sondern eher von der Verschiebung innerhalb des Wandels aus. Das ärztliche Bild ist dabei eingebettet in ein Spannungsverhältnis aus erzähltem Autonomieverlust und ‚Gott in Weiß‘ (ebd. 2016).⁹⁹ Im Rahmen dieser Studie ist es interessant, die Diagnose der

97 In Kapitel 5 wird es ausführlich um Veränderungen des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnis und Patient_innen-Autonomie gehen.

98 Die einseitige aber häufig bediente Beschreibung der Veränderungen im Verhältnis zwischen Ärzt_in und Patient_in als Ökonomisierung des medizinischen Systems wäre dabei zu kurz gegriffen und stellt nicht die Komplexität der Verhältnisse dar (vgl. Atzeni/von Groddeck 2016).

99 Gina Atzeni untersucht den Wandel ärztlicher Profession anhand ärztlicher Selbstbeschreibungen und soziologischer Fremdbeschreibungen (2016). Sie beleuchtet dabei

Verschiebung von ärztlicher Autonomie und der damit verbundenen Verhandlung neuer Legitimationsformen bei der Deutung der Verhandlungen von Medizin und Lifestyle mit zu berücksichtigen.

In diesem Spannungsverhältnis können die analysierten Verhandlungen eigenen Handelns, der Aufgaben und des Könnens hier ebenso gelesen werden. Der teilweise hohe Grad an Emotionalität, Ärger und Wut kommt vielleicht auch daher, dass die Ärzt_innen den beschriebenen Wandel in ihrer Profession wahrnehmen, wie es in der plastischen Chirurgie der Fall ist. Dies könnte auch erklären, warum an mehreren Stellen der Bezug zur plastischen Chirurgie hergestellt wird. Auch sie markiert häufig einen „Grenzbereich gesellschaftlicher Akzeptanz“.

Was Paula-Irene Villa (2008) über den Bereich der kosmetischen Chirurgie feststellt, gilt ebenso für das Phänomen ‚Social Freezing‘:

„Denn es wird schnell deutlich, dass wir es bei der plastischen Chirurgie (vor allem, wenn sie als ‚Schönheitschirurgie‘ betitelt wird) zugleich mit Medizin wie mit ‚Wellness‘ zu tun haben, mit Leid *und* Frivolität, mit Wissenschaft *und* Kommerz, mit Freaks *und* ‚Frau Mustermann‘ bzw. ‚Otto Normalverbraucher‘. Eines ist dabei sicher: Die gegenwärtige Thematisierung der plastischen Chirurgie, etwa in den Medien oder in der Politik, fordert zu Grenzziehungen heraus, eben weil sie diese in Frage stellt.“ (ebd., S. 246, Hervorhebungen im Original)

Im Falle von ‚Social Freezing‘ haben wir es mit Medizin *und* Lifestyle zu tun, mit der partnerlosen End-Dreißigerin (Leid) *und* der Karrierefrau (Egoismus), ebenso mit Wissenschaft *und* Kommerz.

Im Gegensatz zur plastischen Chirurgie, die als Profession das Ringen um Anerkennung (Meili 2008) schon seit ihren Anfängen gewöhnt ist, scheint es sich bei der Profession der Reproduktionsmedizin in Deutschland ein wenig anders zu gestalten. Reproduktionsmediziner_innen waren aufgrund der Bestimmungen des deutschen Embryonenschutzgesetzes, das die Verfahren der Eizellspende und der Leihmutterchaft, aber auch die Forschung an Embryonen verbietet, zuletzt mit der Einführung und Etablierung der Pille in den 60er Jahren mit Wünschen von Patientinnen beschäftigt, bei denen keine medizinische Indikation ausgemacht werden konnte (vgl. Beck-Gernsheim 2016). Die Pille und andere hormonelle Verhütungsmittel werden jungen Frauen häufig mit ‚medizinischen‘ Indikationen verschrieben, um krankhafte Zustände wie z. B. Symptome eines Prämenstruellen Syndroms oder Akne zu bekämpfen. Ferner ist das Vermeiden jugendlicher Schwangerschaften ein mittlerweile gesellschaftlich sehr anerkanntes Ziel.

gesellschaftstheoretisch die Frage danach, welche Funktion diese Sozialfigur ‚Arzt‘ hat.

Trotz aller öffentlichen Diskussionen reproduktionsmedizinischer Technologien, wie die um die PID (Rödel 2014) oder Stammzellenforschung (Kalender 2014), die auch mit zu den gängigsten biotechnologischen Methoden gehören, an denen ethische und moralische Entgrenzung der Medizin diskutiert wird (vgl. Gehring 2007), waren dies in den letzten Jahrzehnten bis dato in Deutschland theoretische Diskussionen für andere reproduktionsmedizinische Kontexte als die eigene alltägliche Praxis der Reproduktionsmediziner_innen.

‚Social Freezing‘ kommt nun moralisch aufgeladen und öffentlich ‚laut‘ diskutiert als Ausweitung einer Technologie zum alltäglichen Repertoire der Reproduktionsmediziner_innen hinzu. Sie ist diskursiv aufgeladen mit Versprechungen, ‚Machbarkeitsphantasien‘ und Erwartungen, denen sich die Reproduktionsmediziner_innen *ausgesetzt* sehen. Der hohe Grad an Emotionalität und stellenweise auch Härte im Sprechen über ‚Social Freezing‘ kann nun als Reaktion darauf gelesen werden, sich mit Fragen auseinander setzen zu müssen, die zuvor außerhalb des Täglichen lagen und die mit allerhand gesellschaftspolitischem Sprengstoff versehen zu sein scheinen. Die bisherigen Ausschnitte haben gezeigt, dass es zu einer Art Professionsperformance gehört, Mitleid (oder kein Mitleid) zu zeigen, Frauen nicht vor den Kopf stoßen zu wollen, Frauen nicht enttäuschen zu wollen und Frauen zu „fühlen“.

Viele der interviewten Reproduktionsmediziner_innen, um die es im vergangenen Kapitel hauptsächlich ging, scheinen sich moralischen Fragen verweigern zu wollen und zu zögern. Das Abwehren der Beschäftigung mit moralischen Fragen berichtete eine Biologin bei einer der teilnehmenden Beobachtungen. Sie erzählte mir in einem privaten Gespräch in einer Pause von der Klinik, in der sie praktizierte. Diese Klinik habe trotz eigener Möglichkeiten der Kryokonservierung (dem Vorhandensein von Technik wie beispielsweise Kryokesseln und Notstromversorgung) eine Firma mit der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen beauftragt, die das entnommene Material lagere. Dabei ginge es eben nicht darum, auf die technische Ausstattung der Fremdfirma angewiesen zu sein, sondern um das ‚Auslagern *ethischer* Belange‘, wie die Biologin es nannte. Durch das Auslagern der Eizellen seien die praktizierenden Mediziner_innen der Klinik im Zweifelsfall später, wenn eine Frau ihre Eizellen wieder zurück eingesetzt haben wolle, nicht mit der Frage konfrontiert, bis zu welchem Alter man der Frau die Eizellen wieder einsetzen wolle. Mit dieser Art von Fragen wolle man sich nicht auseinandersetzen, so die Erzählung.

Dieses und die anderen empirischen Beispiele zeigen, dass in den Grenzziehungen von *Legitimation und Delegitimation der Technologie Fragen der Moral ausgehandelt werden*.

Die ‚unerwünschte‘ Patientin ist nun das Sinnbild für das Aushandeln moralischer Fragen und die damit verbundene ablehnende Haltung. Sie ist nicht einfach

nur eine Patientin, die nicht mehr behandelt werden kann. In ihr vereinen sich auf der einen Seite Aushandlungen und Grenzziehungen von Weiblichkeit. Auf der anderen Seite die Verhandlungen der eigenen Profession, dessen, was ‚gute‘ und ‚seriöse‘ Reproduktionsmedizin ausmacht und wie Technologie eingesetzt werden soll. Die ‚ideale‘ Patientin ist nicht zufällig jung und weiß über ihre Fruchtbarkeit Bescheid. Mediziner_innen sparen sich durch sie die Konfrontation mit falschen Heilsversprechen und Machbarkeitserwartungen. Auch die ‚tatsächliche‘ Patientin ist „realistisch“ und „pragmatisch“. Auch sie wird legitimiert, weil sie nicht erwartet, was die Mediziner_innen nicht erfüllen können. Stark zurückgewiesen werden die ‚unerwünschten‘ Patientinnen also deshalb, weil sie Erwartung an die Reproduktionsmediziner_innen richten, die deren Möglichkeiten übersteigen könnten.

Technologie taucht in den Verhandlungen als Gespenst der Entgrenzung auf, das gebändigt werden muss. Bändigt man es nicht, könnte man ‚unmoralisch‘ und ‚unseriös‘ werden, vielleicht die Anerkennung als Mediziner_in verlieren oder gar zum Dienstleister werden. Man könnte, überspitzt formuliert, Frauen helfen, die es ‚nicht verdient‘ haben und zum reinen Dienstleister dieser ‚Horrorfiguren‘ werden, die Männer kastrieren.

Zusammenfassend kann also die Legitimation und Delegitimation desselben Eingriffs in unterschiedlichen Anwendungsgebieten als Umgang mit den Herausforderungen entgrenzter Medizin gelesen werden. Malaika Rödel beschreibt für den Diskurs um PID eine ähnliche Beobachtung unterschiedlicher Legitimationen (2014). So gibt es auch in diesem Diskurs *gute* Gründe (z. B. Krankheiten) und *schlechte* Gründe (z. B. Geschlechtsauswahl) für Verfahren der PID. Die PID wird dabei nicht als Verhinderung eines kranken, sondern als Ermöglichung eines gesunden Babys thematisiert, um der Selektivität dieser verschiedenen Gründe der Legitimation bzw. Delegitimation zu entgehen (ebd. S. 221).

Analog dazu wird ‚Social Freezing‘ in ihrem Ursprung als Methode legitimiert, die krebserkrankten Menschen helfen kann. Auch ohne ‚medizinische‘ Indikation wird die Methode legitimiert, wenn die Motive dazu entweder nicht selbstverschuldet sind, oder die Methode ‚früh genug‘ angewendet wird.

Wie in der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur ausgeführt, ergibt sich das Ringen um die eigene Profession aus der Erweiterung eines Anwendungsfeldes von Technologie:

„Nachdem die Reproduktionsmedizin sich als seriöses Feld, das seine Berechtigung aus der Behandlung medizinisch bedingter Fälle von Unfruchtbarkeit bezieht, erst positionieren musste, verschiebt die Möglichkeit des Social Freezings erneut Perspektiven und Selbstverständnis des Gebietes.“ (van der Ven/Pohlmann/Höföle 2017, S. 10)

Mit diesem durch die Möglichkeit der Anwendung von ‚Social Freezing‘ ausgeweiteten Gebiet gehen, so habe ich gezeigt, Fragen der Moral einher. Die Technologie ermöglicht und verspricht also etwas, das aus der Perspektive der Reproduktionsmediziner_innen wieder eingeschränkt werden muss. Technologisch werden Grenzen geöffnet, die innerhalb eines großen öffentlichen Interesses für die Technologie wieder beschränkt werden müssen. Während der Reproduktionsmedizin dabei diskursiv *moralische* Grenzen gesetzt werden, werden für die Technologie Grenzen der Machbarkeit gezogen, die das nun folgende Kapitel 4 thematisiert. Dabei geht es darum, in der Problematisierung der Paradoxie des ‚Social Freezing‘ Grenzen der (alternden) weiblichen Biologie aufzuzeigen, die auch technologisch nicht (mehr) verschoben werden können.

Die alternde Eizelle: ein risikoreicher Ort zwischen Natur und Technologie

4

C: „Biologisch is'es ganz einfach. Das Alter ist sozusagen unser größter Feind, ähm also von uns Reproduktionsmedizinerinnen, ähm biologisch betrachtet müssen Sie es einfach so sehen. Der Mensch ist programmiert 40 Jahre alt zu werden, und er is programmiert und die Frau is programmiert, äh zwischen 15 sagen wir mal und 25 ihre Kinder zu bekommen. Das heißt frau hat ein von ihrer Entwicklungsbiologie her ein unglaublich enges Zeitfenster schwanger zu werden das ist die optimale Zeit. Danach wird das quasi geht das immer weiter Richtung schlechter schlechter schlechter, die Eizellen verlieren an Qualität die Fruchtbarkeit nimmt kontinuierlich ab, und ähm und irgendwann geht quasi dieses Fenster komplett zu. Und zwar komplett zu. Das heißt das ist ja auch die Angst die die Frauen dann umtreibt, äh dass dann in der Menopause es einfach eine Tür zugeht und das ist ja auch so; das tut's bei uns Männern nich die Tür geht auch zu aber viel langsamer ja?“ (Dr. C: 251–262)

Wie bereits im vergangenen Kapitel geklärt wurde, ist der Diskurs um ‚Social Freezing‘ ganz wesentlich geprägt von Aushandlungen der reproduktionsmedizinischen Profession, die sich unerfüllbaren Erwartungen ausgesetzt fühlt. Die Technologie wird anhand unterschiedlicher Motive legitimiert und delegitimiert, worin Grenzen der eigenen Profession verhandelt werden. Zentrales Thema der Delegitimation ist das *Alter(n)* von Frauen, die zu Patientinnen werden könnten, was hauptsächlich über das Bewerten von weiblichem Material und weiblichen Lebensläufen funktioniert. ‚Social Freezing‘ beinhaltet und eröffnet durch sein antizipierendes Moment der Kryokonservierung für die *Zukunft* spezifische Temporalitäten, die im Diskurs prominent verhandelt werden. Darin werden Grenzen der deterministisch bis verfügbar erzählten ‚Natur‘ verhandelt, denen Technologie

gegenübersteht. Um das Verschieben, Ziehen und (Neu)justieren von Grenzen der ‚Natur‘ von Körpern und des Alter(n)s geht es im Folgenden. Dem liegt stets die Problematisierung der zuvor nachgezeichneten Frauen-Figuren zugrunde. Ein Begriff, der diskursiv dabei einen hohen Stellenwert hat und in dem alle Stränge der Verhandlungen von vereinfacht gesprochen ‚Natur‘ und Technologie auf unterschiedlichen Ebenen zusammenlaufen, ist das Risiko.

Dr. Clausens Ausführungen im Zitat oben sprechen explizit und implizit alle Aspekte an, um die es im Folgenden gehen soll: Um körperlichen Verfall in quantitativer und qualitativer Logik, der als (nahezu) unumgänglich voranschreitender biologischer Abbauprozess dargestellt wird. Auch geht es um Effekte dieses Verlustes, die sich in Chancen und Risiken äußern und geäußert werden. Es wird ein Bild von Reproduktionsmedizin gezeichnet, die dem (vermeintlich) etwas entgegensetzen kann und Grenzen der Biologie verhandelt, die eben von jenen Reproduktionsmediziner_innen technologisch überwunden oder nicht überwunden werden können. Und schließlich geht es um körperliche und um gesellschaftlich-demographische Aspekte, die der ‚Natur‘ entgegenstehen.

„Biologisch“ findet Dr. Clausen „is‘es ganz einfach.“ – ‚Alter‘, das hier als Verfallsprozess dargestellt wird, wird zum Feind, sogar zum „größte(n) Feind“ der Reproduktionsmedizin erklärt.¹⁰⁰ Gegen Feinde muss gemeinhin gekämpft werden. Entweder werden Feinde angegriffen oder sie greifen an. Es ist eine militärische Metapher, mit der Dr. Clausen ausdrückt, was für ihn eine Aufgabe der Reproduktionsmedizin ist. Im Zuge dessen stellt er entwicklungsbiologische ‚Tatsachen‘ gesellschaftlicher ‚Realität‘ gegenüber: die mit dem Alter von 15 beginnende, entwicklungsbiologisch also von ‚Natur aus vorgesehene‘ Zeit, die ‚optimal‘ wäre, Kinder zu bekommen, sowie das Sterbealter von 40 Jahren auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Erkenntnis, dass dies nicht der gesellschaftlichen Realität in Deutschland entspricht. 2016 lag das durchschnittliche Sterbealter bei 78,41 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2018b) und das durchschnittliche Alter von Müttern bei der Geburt ihrer Kinder 31 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2018a). Es braucht allerdings nicht viel statistisches Wissen über die demographischen Gegebenheiten Deutschlands, um zu erkennen, dass hier eine große Differenz zwischen ‚Natur‘ und ‚Gesellschaft‘ aufgezeigt wird.

Dr. Clausen spricht von Menschen wie von Maschinen, die programmiert sind, auf eine bestimmte Art und Weise zu funktionieren. Die Programmierung bezieht sich auf einen Zeitraum, in dem Fortpflanzung möglich ist. Die Programmiererin

100 Das Motiv des Alter(n)s als Feind ist aus dem Bereich der sogenannten Anti-Aging-Medizin bekannt (vgl. zum Krieg gegen das Alter(n) de Grey/Rae 2010; zur Untersuchung der Anti-Aging-Medizin vgl. etwa Eichinger 2013b oder Spindler 2014).

ist in diesem Bild die Biologie, die, unflexibel und erbarmungslos, die Zeitspanne der optimalen Fruchtbarkeit auf 15–25 Jahre gelegt hat. Das Alter hingegen, in dem die Maschine ‚natürlicherweise‘ aufhören würde zu funktionieren, wird auf 40 Jahre gelegt.¹⁰¹ Was die Fruchtbarkeit anbelangt, so wird alles, was über das Alter von 25 Jahren hinausgeht, als kontinuierlicher Verfall beschrieben. An dieser Stelle sei schon einmal auf die zuvor schon erwähnte Anthropologin Emily Martin verwiesen, die Metaphern der Medizin in medizinischen Grundlagen- und Lehrbüchern (ebd. 1989 und 1991; vgl. auch Rothman 1991) untersucht. Die Metapher des weiblichen Körpers als Maschine führe dazu, dass die Menstruation als fehlerhafter Ausfall (1991, S. 486), als missglückte (Re-) Produktion (1989) verstanden werde (ebd.). Auf Emily Martins Analysen werde ich im Laufe dieses Kapitels immer wieder Bezug nehmen.

Weibliches Material wird „schlechter schlechter schlechter“. Der Verfall wird im Bild eines *Fensters* verdeutlicht, das in der Zeitspanne zwischen 15 und 25 Jahren geöffnet ist und das sich dann im Laufe der Zeit kontinuierlich schließt. Das geschlossene Fenster und auch die geschlossene Tür, die Dr. Clausen dann noch zum Vergleich mit männlicher Fruchtbarkeit heranzieht, symbolisieren die altersbedingte Unfruchtbarkeit, die von der „Entwicklungsbiologie her“ vorgegeben ist. Männliche Fruchtbarkeit, auch das scheint Dr. Clausen erwähnenswert, verfällt auch. Doch schließt sich die Tür der Fruchtbarkeit „viel langsamer“. Darauf werde ich später noch einmal zurückkommen. Medizin, hier vor allem Reproduktionsmedizin, deren größter Feind das Alter ist, wie Dr. Clausen zu Beginn des Ausschnittes beschreibt, taucht in dieser Erzählung als Verschieberin der ‚natürlichen‘ Grenzen auf. Alles, was darüber hinausgeht, als Frau zwischen 15 und 25 Jahren Kinder zu bekommen und mit 40 Jahren zu sterben, ist medizinischen Technologien zu verdanken, so suggeriert das Bild der Programmierung hier. Die „Entwicklungsbiologie“ bestimmt Grenzen, die technologisch ein Stück weit verschoben oder umgangen werden können.¹⁰²

101 Die Metapher von Körpern als programmierbare Maschinen ist nicht neu. Ausführlich dazu vgl. Rothman 1991; Dumit/Davis-Floyd 1998; Orland 2005 und darin v. a. Riskin 2005.

102 Vielleicht ist aber die Metapher der Programmierung menschlicher Körper im Zusammenhang mit der hier gezeigten Unumgänglichkeit technologischer Eingriffe im Verständnis Donna Haraways zu lesen, die unter anderem aus der Untersuchung von Metaphern des Immunsystems als Orchester folgert, dass biomedizinische Körper ohnehin schon immer Cyborgs sind, deren Grenzen zwischen Natur und Kultur nicht mehr eindeutig sind (vgl. ebd. 1995a). Darauf werde ich in Kapitel 4.3 noch einmal eingehen.

Im Folgenden werden nun verschiedene Stränge der Verhandlung *von Alter und Altern* nachgezeichnet. Kapitel 4.1 widmet sich Narrativen der Bewertung weiblichen körperlichen *Materials*, die sich anhand des Quantitäts- und des darin verwobenen Qualitätsverlustes entfalten. Die Bewertung der Eizellen führt zum Berechnen bestimmter Altersgrenzen und zur Lokalisierung von Risiken in Körpern. In Kapitel 4.2 werden zuerst Narrative und Verhandlungen körperlicher Risiken und Grenzen ‚später‘¹⁰³ Schwangerschaft und daran anschließend gesellschaftliche Folgen ‚später‘ Mutterschaft näher untersucht. In allen Strängen der Bewertung von Alter(n) ist das Verhandeln verschiedener Risiken verstrickt, das ein spezifisches Verständnis von Natur und Technologie offenlegt und nach einer spezifischen Form von Temporalität funktioniert. Dies gilt es zusammenfassend auf die Fragestellung dieser Studie zurückgebunden zu analysieren (Kapitel 4.3). Daran anschließend werde ich in Kapitel 5 aufzeigen, wie Aufklärung als Strategie funktioniert, um biologische und biographische Risiken ‚später‘ Mutterschaft zu vermeiden.

4.1 Altern als Verfall: Material und Risiko

C: „(...) Aber natürlich ist des Alter sozusagen die entscheidende biologische Größe. Wir können gegen the ravages of time nichts machen @(.).@ Altern ist ein biologischer Abbauprozess. Und äh das ist etwas was wir natürlich nicht begreifen, weil wir’s auch gar nicht fühlen, aber in dem wir altern werden wir biologisch abgebaut. Und unsere Zellen verlieren ihre Kompetenz machen immer mehr Fehler, sind immer weniger leistungsfähig et cetera pp.“ (Dr. C: 293–298)

In dieser Erzählung Dr. Clausens taucht Alter in gängiger Gestalt als fortschreitender und unaufhaltsamer Prozess auf (vgl. etwa van Dyk 2015). Dr. Clausen nennt diesen Prozess den „Zahn der Zeit“ (Übersetzung: JF). Der Zahn der Zeit steht für bestimmte Kräfte, die unerbittlich und unaufhörlich an Dingen nagen und sie kontinuierlich zerstören. Der endgültige Verfall steht am Ende des kontinuierlichen mit Abbau verbundenen Prozesses des Alterns, den der Zahn der Zeit symbolisiert. Am geläufigsten ist die Metapher des Zahns der Zeit unter anderem im Sprechen über den Verfall an Gebäuden und über das Alter(n) von Personen. Im Fall der

103 Mit ‚spät(er)‘ oder ‚älter‘ soll hier keine Bewertung vorgenommen werden, sondern lediglich die Logik des Diskurses nachgezeichnet werden. Aus diesem Grund stehen die Begriffe in einfachen Anführungszeichen.

Gebäude gibt es die Möglichkeit, durch Renovieren und Restaurieren dem Zahn der Zeit entgegen zu wirken und zu erneuern oder wiederherzustellen. Im Fall des Verfalls menschlicher Körper dient die Metapher lediglich der Feststellung eines ‚natürlichen‘ Prozesses gegen den, wie Dr. Clausen es hier sagt, man „nichts machen“ könne. Somit kann lediglich ein Teil des menschlichen Körpers vor den „ravages of time“ ‚bewahrt‘ werden. Dieser Prozess wirkt in der Darstellung Dr. Clausens fast heimtückisch, weil er unbemerkt voranschreitet. Dies ist im Diskurs deshalb von so hoher Bedeutung, weil das Nicht-Bemerken des Prozesses dazu führt, dass die Frauen ‚zu spät‘ ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen wollen, also dann, wenn der Abbau schon zu weit fortgeschritten ist, so das Narrativ der Paradoxie des ‚Social Freezing‘. Der Abbau besteht darin, dass Zellen ihre „Kompetenz“ verlieren und „Fehler“ machen. Was assoziativ nach kapitalistischer Marktlogik klingt – Zellen haben eine Aufgabe und eine Funktion und ihr Mehrwert wird an ihrer Leistungsfähigkeit gemessen –, ist eine gängige Beschreibung menschlichen Materials, um das es im Folgenden unter anderem gehen soll. Auch dies erinnert wieder an zuvor schon zitierte Metaphern weiblicher Körper als fehlerhafte Maschinen (vgl. Martin 1991). Dr. Clausen spricht zwar hier allgemein von Zellen im menschlichen Körper, die sich abbauen, doch wird im weiteren Verlauf rein weiblicher Verfall und weibliches Altern problematisiert.¹⁰⁴

Indem der Zahn der Zeit als biologischer Prozess dargestellt wird, wird er in einen vorsozialen und vorreflexiven Raum verschoben, der als ontologische Letztbegründung große Kraft hat. Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass die sozialwissenschaftlich-dekonstruktivistische Analyse naturwissenschaftlichen Wissens ihre soziale Konstruiertheit a priori setzen würde. Es ist nicht Ziel dieser Studie zu behaupten, dass Verfall rein sozial konstruiert sei und aufgehalten werden könne. Menschen altern und sterben. Wichtig für das Verständnis des Diskurses um ‚Social Freezing‘ und seine Auswirkungen ist es jedoch nachzuzeichnen, auf *welche Art und Weise* das Sprechen über den Fruchtbarkeitsverlust funktioniert. Es wird weiter gefragt, welche Grenzen gezogen werden, auf welche Art und Weise das ‚Natürliche‘ im Gegensatz zur Technologie inszeniert wird, welche Bedingungen dafür wichtig sind und auch, was dabei nicht angesprochen wird. Die Art und Weise, wie dies geschieht hat nämlich, um dies zu wiederholen, Auswirkungen auf Wissen, Wahrnehmungen und Alltagsverständnisse. Das *Wie* geschieht in einer je gesellschaftlich spezifischen Weise, die kontingent, das heißt nicht zufällig, aber auch nicht notwendiger Weise so ist, wie sie ist (vgl. etwa Luhmann 1984, S. 152).

104 Mehr zu biologischen Metaphern in der und über die Gesellschaft siehe etwa Maasen et al. 1995.

Im Folgenden werde ich nun einen genauen Blick darauf werfen, wie Altern als körperlicher Verlust an Quantität und darin verwoben an Qualität erzählt wird.¹⁰⁵ Es wird die Metapher des Körpers als eine Art Vorrat, als Container oder Depot gezeichnet, dessen Inhalt nicht nur weniger wird, sondern der im Laufe der Zeit auch risikoreicher. Die Sinnhaftigkeit des ‚Social Freezing‘ wird so in Chancen, Wahrscheinlichkeiten und Risiken berechnet und bestimmte ‚biologisch bedingte‘ Altersgrenzen herstellt, die konkrete Auswirkungen haben. In Kapitel 4.2 werden im Anschluss daran Narrative untersucht, die diese Altersgrenzen in Bezug auf Risiken für Mutter und Kind und die Gesellschaft im Ganzen erweitern.

Lebenslanger Verlust: ein Vorrat braucht sich auf

B: „Also äh wenn ich jetzt vier Jahre in die Antarktis gehe zum Forschen ja? Mit 33 ja? Dann würd ich sagen bitte frier die Sachen ein, ja? @(.).@ Weil wenn du mit 37 wiederkommst dann ist die (.) mit 33 ist die Hälfte deiner Eier noch gut ja? Mit 37 ist nur noch ein Viertel deiner Eier gut. Also da würd ich sowas schon überlegen.“ (Dr. B: 196–200)

Dr. Burkhard stellt sich hier eine Situation vor, in der er das vorsorgliche Einfrieren von Eizellen empfehlen würde. Die Frau, die er hier imaginär als Patientin anspricht, ist 33 Jahre alt und geht beruflich mehrere Jahre „in die Antarktis“, weshalb er ihr ‚Social Freezing‘ empfehlen würde.¹⁰⁶ Der Zusammenhang zwischen dem Einfrieren der Eizellen und dem Forschen im ewigen Eis der Arktis mag reiner Zufall sein oder assoziativ hervorgerufen, doch scheint die imaginierte Forscherin in der Arktis keine Kinder bekommen zu können und müsste und deshalb „hier“ ihre „Sachen“ einfrieren. Er wechselt die Sprachebene und duzt die Frau, die er anspricht, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass Dr. Burkhard nicht nur Distanz

¹⁰⁵ Die Trennung der Beschreibungen von Quantität und Qualität ist hier analytisch zu verstehen, die vorgenommen wird, um die einzelnen Stränge der Bewertungen von körperlichem Material Schritt für Schritt nachzeichnen zu können. Im empirischen Material tauchen Narrative selten getrennt in die Bewertung von Quantität und Qualität auf, sondern sind in den meisten Fällen verschränkt.

¹⁰⁶ Dr. Burkhard empfiehlt vermutlich nicht zufällig einer imaginären Patientin, die einen mehrjährigen Forschungsaufenthalt am anderen Ende der Welt vor sich hat, das vorsorgliche Einfrieren ihrer Eizellen. Dieser Aufenthalt ist, um im Klischee des Bildes zu bleiben, mit Einsamkeit und Abgeschiedenheit verbunden und hält somit keine Möglichkeit des Kinderkriegens bereit. In einem Szenario, in dem ‚Social Freezing‘ für ihn legitim ‚empfehlbar‘ darzustellen ist, ist es nicht etwa Forscherin, die beispielsweise für zwei Jahre eine Stelle in Halle an der Saale annimmt. Zur Legitimation und Delegitimation der Technologie siehe auch Kapitel 3.

abbauen, sondern auch ein hierarchisches Arzt-Patientinnen-Verhältnis imaginieren möchte. Von erwachsenen Menschen geduzt werden in der Regel Kinder oder Bekannte, Patientinnen zu duzen erscheint eher unüblich.¹⁰⁷ Als Begründung dafür, dieser imaginären Frau ‚Social Freezing‘ zu empfehlen, nennt Dr. Burkhard mit verschiedenen Alters- und Mengenangaben versehen den Verlust an Eizellen im Laufe des Alterns. Um das Bilanzieren mit Wahrscheinlichkeiten und Material soll es später noch gehen. Hier möchte ich den Fokus auf die Darstellung der Abnahme an Quantität und anschließend auf den damit verbundenen Verlust an Qualität von Eizellen richten. Die Abnahme der Quantität und Qualität der „Eier“ sinkt nämlich proportional zum steigenden Alter.

Bei der Bezeichnung der Eizellen als „Sachen“ muss Dr. Burkhard auflachen. Vielleicht deshalb, weil „Sachen“ nicht die medizinisch korrekte Bezeichnung von weiblichen Eizellen ist oder der Ausdruck eine so starke Vorstellung von Verfügbarkeit hervorruft. Denn die Bezeichnung als „Sachen“ deutet auf eine Verfügbarkeit und eine Verdinglichung körperlichen ‚Materials‘ hin, die im ersten Moment irritierend wirkt. Aktiv soll die Frau, die Dr. Burkhard imaginär anspricht, ihre „Sachen“ einfrieren lassen und den Anteil der noch ‚guten‘, also qualitativ zur Fortpflanzung ausreichend hochwertigen Zellen, einschätzen können. In jedem Fall ist es weibliches Material, mit dem gerechnet wird und über dessen Verfall es gilt, Kenntnis zu haben. Dieser Verfall, der in abnehmenden Mengen „die Hälfte deiner Eier“ und „noch ein Viertel deine Eier“¹⁰⁸ ausgedrückt wird, suggeriert, dass es eine Anzahl x an Eizellen im Körper gibt, einen Vorrat, der langsam durch das Voranschreiten der Zeit aufgebraucht wird. Das Fortschreiten der Zeit bedeutet also Verlust, der in Zahlen wiedergegeben werden kann. Die Bewertung der Eizellen als „Sachen“, die „noch gut“ sind und fortlaufend schlechter werden, weckt die Assoziation mit verderblichen Lebensmitteln, deren Verfallsdatum näher rückt. Nach diesem Verfallsdatum sind „die Sachen“ verdorben und nicht mehr zu gebrauchen.

Es entsteht das Bild des weiblichen Körpers als eine Art Gefäß, aus dem etwas herausgeholt werden kann. Birgit Richard und Jutta Zaremba bezeichnen dieses Gefäß als „Container“ (ebd. 2007), der die Funktion der Reproduktion innehat.¹⁰⁹

107 Auf Besonderheiten des Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnisses komme ich in Kapitel 5 ausführlicher zu sprechen.

108 Das Sprechen über weibliche „Eier“ lese ich als Hinweis auf eine neue Form der Verfügbarkeit von Eizellen, auf die ich in Kapitel 4.3 noch einmal eingehen werde.

109 Birgit Richard und Jutta Zaremba untersuchen in „Hülle und Container. Medizinische Weiblichkeitsbilder im Internet“ Prototypen weiblicher Bilder, die in technologisch-medizinischen Diskursen im Internet produziert werden: „Diese drücken sich in zwei Konstrukten des Frauenkörpers aus: Zum einen durch die Imagination des weiblichen Körpers als jugendliche, makellose Oberfläche – somit als HÜLLE –, und zum anderen

Das Bild des weiblichen Körpers als Gefäß (oder Loch) ist historisch betrachtet nicht neu, bereits in der griechischen Antike gibt es Hinweise auf Bezüge dazu (vgl. Lissarrague 1996 in Richard/Zaremba 2007). Der Inhalt des Gefäßes liegt im Verborgenen und kann durch medizinische Eingriffe freigelegt werden.

„Daraus resultiert, dass beim CONTAINER der Frauenkörper als Behälter, Gefäß oder Hohlraum aufgefasst wird. Dieses ‚Behältnis‘ gilt als Ort des Verbergens und des Geheimnisses von ‚Weiblichkeit‘, das medizinisch offen gelegt werden muss.“ (Richard/Zaremba 2007, S. 31, Hervorhebungen im Original)

Da der Verlust an Eizellen nicht gefühlt werden kann, muss er medizinisch beschrieben werden. Dieses Behältnis birgt von Beginn eines Lebens an alles zur Verfügung stehende Zell-*Material* in sich (vgl. Martin 1989, S. 64 f.), das sich im Verlaufe eines Lebens aufbraucht. Auf die konkrete Situation des ‚Social Freezing‘ und das Sprechen über Eizellen hier angewendet, könnte der Inhalt dieses Containers als eine Art *Depot* auftauchen, das sich als Vorrat im Laufe der Zeit selbst aufbraucht.

Dr. Burkhard zeichnet hier also das Bild eines Vorrates an Eiern, der im Laufe der Zeit und des Alter(n)s an Quantität (und Qualität) einbüßt. Auch auf verschiedensten Websites – wie hier auf der Website „Alles zu meiner Zeit“ – wird der kontinuierliche Verlust der Quantität als medizinisches ‚Faktenwissen‘ der sich aufbrauchenden Fruchtbarkeit in Alltagswissen übersetzt:

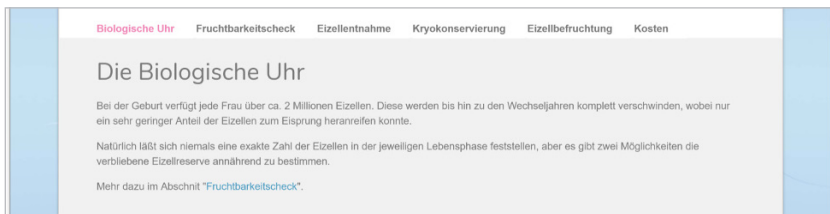


Abb. 6 AZ, Navigation: „Mutter werden“¹¹⁰

durch die Vorstellung als potenziell mütterlicher Körper und Behälter für den Fötus – und somit als CONTAINER.“ (ebd. 2007, S. 9). Im Gegensatz zu ihren Beobachtungen zum weiblichen Körper als Container für den Fötus, ist das Bild hier eher der weibliche Körper als Container verfallender Eizellen.

110 Einige Aspekte des Layouts und Designs der Website alles-zu-meiner-zeit.de werden in Kapitel 4.2 näher beleuchtet.

Die viel bediente Metapher der Biologischen Uhr¹¹¹ wird hier nicht direkt beschrieben, sondern erschließt sich aus der Überschrift und der rosa Reiter-Bezeichnung im Zusammenhang mit dem darauf folgenden Text. Ein Vorrat an Eizellen (2 Millionen) wird zum Zeitpunkt der Geburt einer Frau bestimmt und der Verlust bis hin zu den Wechseljahren beschrieben, wenn alle der zwei Millionen Eizellen verschwunden sein werden. Der Text stellt eine Information dar, die biologisches Wissen über Zellen in Alltagssprache aufbereitet. Es handelt sich um allgemeingültiges Wissen, das den Körper jeder Betrachterin betrifft. Ein Wissen, das gewusst werden muss, weil es nicht gespürt werden kann, denn der Verlust von Eizellen läuft in der Regel unbemerkt im Körperinneren ab. Hierauf werde ich gleich noch einmal eingehen.

Die Information, dass eines Tages in der Zukunft nur wenige aus den zwei Millionen Eizellen zum Eisprung reifen „konnten“, verleiht den wenigen, die ‚es schaffen‘, einen exklusiven und auserwählten Charakter. Die Zellen werden als funktional beschrieben: Es wirkt wie das Erreichen eines höheren Ziels, wenn die Eizellen zum Eisprung heranreifen.¹¹² Da im Laufe der Zeit immer mehr Eizellen verloren gehen, scheint das Bedürfnis naheliegend, in dieser Darstellung eine greifbare Anzahl zu bestimmen. Mit der hohen Anzahl von Eizellen, selbst wenn es sich um einen Bruchteil von zwei Millionen handelt, wird nachvollziehbar dargestellt, dass keine genaue Anzahl an übrigen Eizellen bestimmt werden kann. Jedoch wird auf den nächsten Punkt im Menü „Fruchtbarkeitscheck“ mit der Aussicht auf eine Bestimmung der ansonsten unsichtbaren Eizell-Reserve hingewiesen. Die Biologische Uhr bezeichnet also in diesem Zusammenhang vielleicht das oben in der Aussage Dr. Clausens benutzte *Fenster* der Fruchtbarkeit, den Zeitraum, in welchem Fortpflanzung biologisch möglich ist.

Die Zeitform des (antizipierten) fortlaufenden Verlustes – „diese werden bis hin zu den Wechseljahren komplett verschwinden“ – versetzt die Leserin dieser Zeilen auf der Website in einen Zustand in der Zukunft, in welchem der Vorrat aufgebraucht sein wird, komme was wolle. Die Unumgänglichkeit dieses Prozesses wird so dargestellt, damit sich die Leserin zum jetzigen Zeitpunkt, da der Prozess des Alterns den Vorrat noch nicht aufgebraucht hat, absichern möchte. Antizipierend soll die Betrachterin ihre Eizellen einfrieren, um noch einiges Material zur

111 Im Gegensatz zur Metapher der biologischen oder inneren Uhr im weiteren Sinne der Chronobiologie als Teil der Lebenswissenschaften, die sich für alle Rhythmen physiologischer Art im Zusammenhang mit biologischen Phänomenen interessiert. Beim Menschen werden dabei eher Wach- und Schlafrhythmen untersucht als die Fortpflanzung.

112 Eine mögliche andere denkbare Darstellungsform wäre die, dass manche Zellen heranreifen, manche nicht, ohne daraus die höhere Funktion der Eizellen abzuleiten. Zu Metaphern weiblicher Fortpflanzung und dem Bild ‚unproduktiver‘ Eizellen (vgl. Martin 1989, S. 45f.) komme ich zurück.

Verfügung zu haben, wenn sich der Vorrat dem Ende neigt. Im Bild des Vorrates taucht Alter(n) hier wieder als unwiderruflicher Prozess des Abbaus und des Verfalls auf. Anhand eines Lebensverlaufs von Geburt bis zu den Wechseljahren wird dieser Verlust nachgezeichnet – und zur *weiblichen Verfallsgeschichte* von Geburt an. Durch den Hinweis auf den „Fruchtbarkeitscheck“ wird das vom Vorrat Übrige, vom Laufe der Zeit noch verschont Gebliebene und im Inneren eines Körpers Liegende technologisch sichtbar gemacht, um den Rest der Fruchtbarkeit berechenbar und kalkulierbar zu machen.

Der ärztliche Blick (Foucault 1973) macht in diesem Fall durch *Technologie* eine ‚biologische Tatsache‘ des Körpers sichtbar, die bisher im Verborgenen lag (vgl. Duden 2007). „Der Blick vollendet sich in seiner eigenen Wahrheit und hat zur Wahrheit der Dinge Zugang, wenn er sich schweigend auf sie richtet und um das Gesehene herum alles verstummt.“ (Foucault 1973, S. 122). Durch die Sichtbarmachung weiblichen Materials aus dem Inneren des Körpers sind Bewertungen und Bilder möglich, die hier auf ganz spezifische Weise mit den Eizellen und deren verlustreichen Eigenschaften einhergehen.

Das Bild des kontinuierlichen Verlustes wird ebenso auf der Website von „Fertiprotekt an der Oper“ grafisch dargestellt:

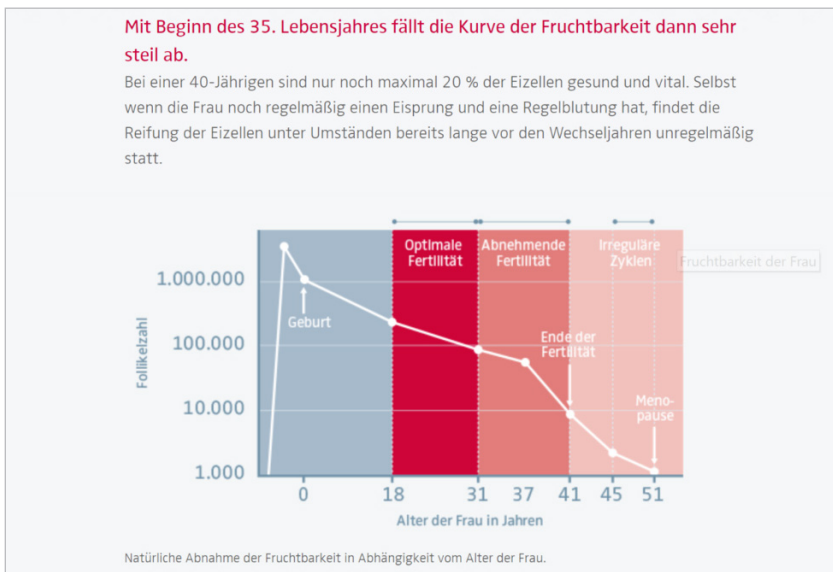


Abb. 7 FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Fruchtbarkeit bewahren“

Beim Betrachten der Website von „Fertiprotekt an der Oper“, genauer der Seite des Menüpunktes „Fruchtbarkeit bewahren“, drängt sich die Grafik, die in rot-rosa-grau Tönen eine Kurve in einem Koordinatensystem zeigt, ins Blickfeld.¹¹³ Die Kurve steigt erst sehr steil an und fällt ab einem Peak kontinuierlich ab. Es handelt sich um den Verlauf der Fruchtbarkeit als „Follikelzahl“ (y-Achse) im Laufe der Zeit im Verhältnis zum „Alter der Frau in Jahren“ (x-Achse). Das Bild zeigt, so kann darunter gelesen werden, die „[n]atürliche Abnahme der Fruchtbarkeit in Abhängigkeit vom Alter der Frau.“, weibliche Fruchtbarkeit ist eine fallende Kurve. Die Grafik zeigt mit dem Höhepunkt der Kurve im Alter von 0 Jahren (und davor) die Anzahl der Eizellen von über einer Million. Der niedrigste Wert von 1000 Follikeln ist bei einem Alter von 51 Jahren.

Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass die Kurve der Fruchtbarkeit bereits vor dem Alter von 0 Jahren (x-Achse) beginnt. Beim Alter von 0 ist in der Kurve die Geburt als Punkt markiert und beschriftet. Es handelt sich hierbei um die eigene Geburt. Auch in der Darstellung von „Alles zu meiner Zeit“ spielte die Eizellenanzahl bei der eigenen Geburt eine Rolle. In der Darstellung von „Fertiprotekt an der Oper“ ist die Anzahl bereits *vor* der eigenen Geburt relevant. Über eine Million Eizellen besitzt eine Frau vor der eigenen Geburt, bei der eigenen Geburt noch eine Million. Im Gegensatz dazu sind es in der Darstellung von „Alles zu meiner Zeit“ zwei Millionen Eizellen. Diese Unterschiede in den Mengenangaben könnten als Hinweis darauf gelesen werden, dass Wissen über Eizell-Mengen und deren Verfall nicht gesichert ist. Mit 18 Jahren als nächstes markiertes Alter sind es ‚nur noch‘ etwas über 100.000 Eizellen.¹¹⁴ Während der Bereich vor der eigenen Geburt bis 18 Jahre grau hinterlegt ist, ist der Bereich zwischen 18 und 31 Jahren rot hinterlegt und als „Optimale Fertilität“ ausgewiesen. In diesem Bereich sinkt die Kurve von etwas über 100.000 auf etwas unter 100.000 Follikel. Im Bereich von 31 bis 41 Jahren, der altrosa hinterlegt als Bereich der „Abnehmende[n] Fertilität“ bezeichnet ist, ist ein weiterer Punkt in der Kurve markiert, der auch als Zahl mit 37 Jahren in der x-Achse auftaucht. Ab diesem Punkt sinkt die Kurve steiler ab, die dann im Alter von 41 Jahren mit einem Punkt in der Kurve als „Ende der Fertilität“ ausgewiesen ist. Ab einem Altern von 41 Jahren ist der Bereich bis zum Ende der Grafik in einem helleren Rosa als Phase der „Irreguläre[n] Zyklen“ beschrieben. Hier ist auf der nun gleichbleibend steil abfallenden Kurve noch ein Punkt zu sehen,

113 Die Grafik taucht eingebettet in einen Informations-Text auf der Seite auf, der den Verfall weiblicher Fruchtbarkeit wissenschaftlich informiert beschreibt.

114 Das Alter von 18 Jahren ist im Allgemeinen in Deutschland verbunden mit der Volljährigkeit und markiert hier vielleicht das Alter, in dem Schwangerschaften als sozial anerkannt beginnen vgl. McRobbie 2010, S. 124 ff.

der das Alter von 45 Jahren kennzeichnet. Der letzte Punkt, 51 Jahre, ist als Punkt der „Menopause“ beschrieben, in den die Kurve der Fruchtbarkeit dann mündet und schließlich endet.

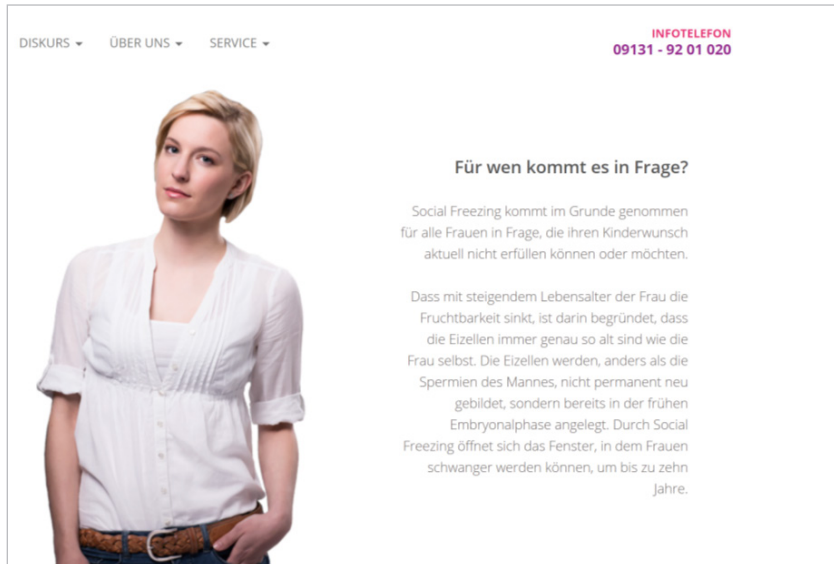
Emily Martin beschreibt die Metapher des weiblichen Körpers als Fabrik, in der die Menopause als „Produktionsausfall“ gedeutet wird. „Eine (...) unserer Schreckvorstellungen ist ein Produktionsausfall: die unausgelastete Fabrik das mißlungene Geschäft, die stillstehende Maschine.“ (ebd. 1989, S. 66) In der Grafik von „Fertiprotekt an der Oper“ kommt die Menopause einer Art Ende gleich, weil nach ihr in der Grafik nichts mehr folgt, die Fabrik wird geschlossen.

Die Überschrift des Textes über der Grafik suggeriert, dass die „Kurve der Fruchtbarkeit“ ab 35 Jahren steiler abfällt als zuvor. In der Grafik ist dies zwar mit 37 Jahren der Fall, die Botschaft ist jedoch die gleiche: weibliche Fruchtbarkeit sinkt ein Leben lang und ab einem Alter von Mitte 30 dramatisch. Der Text gibt noch einmal weitere Informationen, die aus der Grafik nicht hervorgehen: Im Alter von 40 Jahren sind nur noch 20 % des verbleibenden Vorrats an Eizellen „gesund und vital“. Das heißt, dass nicht nur die Anzahl sinkt, sondern dass auch die Qualität des Überrestes schlechter wird. Fast tückisch daran wirkt, liest man weiter, dass ein bisher geglaubtes sicheres Zeichen für anhaltende Fruchtbarkeit, die Regelblutung, als nicht sicher enttarnt wird. Denn selbst wenn eine Regelblutung stattfindet, muss dies noch nicht heißen, dass die gereiften Zellen auch ausreichend reif sind.

Das hier dargestellte biologische Wissen, das in Alltagssprache übersetzt wird, ist unmissverständlich. Etwas, das im Inneren eines Körpers liegt und nicht gespürt wird, wird wissenschaftlich beschrieben und für ein Laienverständnis aufbereitet. Es tritt durch die Darstellung nach außen und wird auf diese Weise nicht nur ‚wissbar‘, sondern auch verhandelbar und weiter gedacht auch ‚managebar‘ (vgl. Lemke 2000; Rose 2001; Duden 2007). Es geht etwas im Inneren des Körpers vor, das mit Hilfe der Reproduktionsmedizin gemessen werden kann, ansonsten aber unbemerkt entschwindet. Zum Berechnen der eigenen Fruchtbarkeit im Laufe des Alters braucht frau nun keine Reproduktionsmediziner_innen mehr, zum Sichtbarmachen des Unsichtbaren, dem Ans-Tageslicht-Treten ‚der Wahrheit‘ über den Körper allerdings sehr wohl. Kümmert frau sich nicht, kann es unbemerkt ‚zu spät‘ sein, so die logische Konsequenz. Das Entschwinden und der Verlust sind unerbittlich, weil unbemerkt. Und selbst die einzig spürbare Auswirkung der Fruchtbarkeit, hier die Regelblutung, die als sicheres Zeichen von ausreichend Qualität und Quantität verstanden werden könnte, ist keine Sicherheit mehr und wird in der Darstellung als solche dekonstruiert. Jetzt, da frau weiß, wie der eigene körperliche Verlust der Fruchtbarkeit unbemerkt vonstattengeht, sollte sie darüber

Sorge tragen (vgl. zu Schwangerschaftsdiagnostik und Risikodiskursen etwa Lemke 2009; Sänger et al. 2013).¹¹⁵

Der Verlust weiblicher Fruchtbarkeit wird noch einmal deutlicher, wenn wie hier auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ männliche Fruchtbarkeit zum Vergleich herangezogen wird:



DISKURS ▾ ÜBER UNS ▾ SERVICE ▾

INFOTELEFON
09131 - 92 01 020

Für wen kommt es in Frage?

Social Freezing kommt im Grunde genommen für alle Frauen in Frage, die ihren Kinderwunsch aktuell nicht erfüllen können oder möchten.

Dass mit steigendem Lebensalter der Frau die Fruchtbarkeit sinkt, ist darin begründet, dass die Eizellen immer genau so alt sind wie die Frau selbst. Die Eizellen werden, anders als die Spermien des Mannes, nicht permanent neu gebildet, sondern bereits in der frühen Embryonalphase angelegt. Durch Social Freezing öffnet sich das Fenster, in dem Frauen schwanger werden können, um bis zu zehn Jahre.

Abb. 8 EE, Navigation: „Startseite“

Männliches Spermia werde permanent neu gebildet, so die Erzählung dieses Text-Feldes mit der Überschrift „Für wen kommt es in Frage?“. Männliches Material erneuert sich in dieser Erzählung fortwährend, wohingegen weibliches Material stetigem Verfall ausgesetzt ist und fortwährend altert. Die weiblichen Fortpflanzungs-Zellen seien schon „in der frühen Embryonalphase“ angelegt und würden, wie zuvor beschrieben, kontinuierlich weniger und gleichzeitig schlechter werden, bis sie ganz aufgebraucht sein werden. Deshalb wird ‚Social Freezing‘ hier auch allen Frauen empfohlen, die momentan keine Kinder bekommen wollen oder können.

¹¹⁵ Vgl. zum Management eigener körperlicher Risiken und Gegebenheit vor allem aus dem Bereich der Gen-Diagnostik etwa Kollek/Lemke 2008 oder Rose 2001.

Im Gegensatz zum männlichen Material verfällt das weibliche und kann in der Zukunft nicht mehr gut genug sein. Obwohl seit einigen Jahren wissenschaftlich diskutiert wird, ob es Hinweise auf Formen der Neo-Oogenese also der Erneuerung auch von Eizellen gebe, bleibt dies im Diskurs unsichtbar. Neo-Oogenese würde die Vorstellung des fortwährenden Verlustes weiblicher Eizellen im Gegensatz zum sich immer neu bildenden Sperma in Frage stellen (vgl. dazu etwa Johnson et al. 2004; Celik et al. 2011 oder Yuan et al. 2013).

Die blonde Frau, die dazu als Freisteller in der Mitte zweier Textbausteine steht (im Screenshot hier ist nur der Text rechts neben ihr zu sehen), hat den Kopf nach links oben geneigt und sieht wissend die Betrachterin direkt an. Sie trägt, anders als auf der Startseite der Website, anstelle einer blauen Bluse nun eine weiße, etwas verspieltere Bluse, die vom Schnitt her (ein Abnäher unter der Brust trennt den Stoff des oberen Teils der Bluse, der eng anliegt und vom unteren Teil, welches weit über den Bauch fällt) auch Schwangerschaftsmode sein könnte. Der Gürtel zeigt allerdings an, dass die Frau vermutlich nicht fortgeschritten schwanger ist. Ihre rechte Hand in der Hosentasche, macht sie einen nicht nur wissenden und ‚lässigen‘, ‚coolen‘, sondern auch einen fast überlegenen Eindruck.

Die Darstellung des weiblichen Verlustes im Gegensatz zur männlichen Erneuerung kann als Folge des immer noch wirkmächtigen medizinischen Narrativs des aktiven Spermas im Gegensatz zur passiven Eizelle gelesen werden (vgl. Martin 1991). Emily Martin stellt heraus, wie in naturwissenschaftlichen Texten anhand stereotypisierter Beschreibungen produktiven Spermas und unproduktiver Eizellen ein „scientific fairy tale“ von Männlichkeit und Weiblichkeit hergestellt wird:

“The texts celebrate sperm production because it is continuous from puberty to senescence, while they portray egg production as inferior because it is finished at birth. This makes the female seem unproductive, but some texts will also insist that it is she who is wasteful.” (ebd. S. 488)

Die weibliche Unproduktivität rührt also aus dem Bild des Containers her, der zur Geburt bereits eine Anzahl x an Eizellen enthält und von da an von Verlust bestimmt ist, während Sperma neu gebildet wird. Verschwenderisch wird weibliche Fruchtbarkeit in manchen Fällen, so Martin, insofern dargestellt, als dass die weibliche Monatsblutung den Vorrat an Eizellen verschwendet. Der Verlust steigert die Unproduktivität der Eizellen und passt sich im Gegensatz zum aktiven, produktiven und sich erneuernden Sperma in ihre Passivität ein.¹¹⁶ Wie noch

116 Auch im männlichen Körper könnten Verfalls- und Abbau-Prozesse beschrieben werden. So besteht ein großer Teil männlichen Ejakulates aus abgestorbenen Zellen. Im Bild des

zu zeigen sein wird, wird im Diskurs um ‚Social Freezing‘ dieses Bild durch die Lokalisierung von Risiko in der alternenden Eizelle ergänzt.

Verfall hat, so wird deutlich, ein Geschlecht: Weibliches Alter(n) ist es, das verfällt, das zum Verlust an Quantität und Qualität führt und das in der Darstellung auch deutlich früher beginnt als männliches Alter(n). Altern wird als Prozess gemeinhin sehr stark mit defizitären und verfallenden Körpern erst im hohen Alter assoziiert. Die Darstellung weiblichen Alterns stellt hier eine interessante Ausnahme dieser Vorstellung dar: Wenn es um weibliche Reproduktion geht, beginnt der Verfall, das Defizitäre von Körpern offenbar schon deutlich früher, bereits in der Entstehung weiblicher Körper. Weibliche Körper sind in dieser Darstellung des immer schon beinhalteten Verfalls von Beginn an defizitär (vgl. Berg 2002; Martin 1991).

Während die Darstellung der Abnahme der *Quantität* von Eizellen nachgezeichnet wurde, wird nun der Aspekt des *Qualitäts*verlustes näher beleuchtet, wobei – wie bereits deutlich wurde – beide narrativ untrennbar miteinander verzahnt sind.

Ein Vorrat verliert an Qualität: Risiko bekommt einen Ort

Auf der Website von „Fertiprotekt an der Oper“ wird die Fruchtbarkeit der Frau in direktem Zusammenhang mit der Qualität (hier als Vitalität bezeichnet) der Eizellen gebracht. Verfall wird direkt lokalisiert und als aufhaltbar dargestellt. Werden die Eizellen eingefroren, schreitet der Verfall nicht weiter voran:

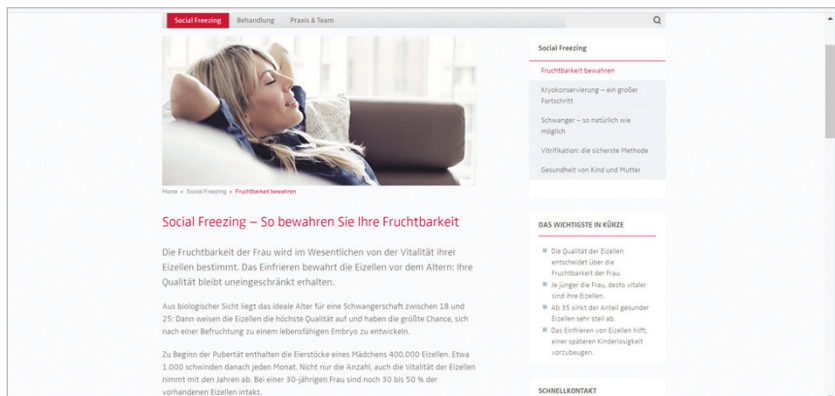


Abb. 9 FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Fruchtbarkeit bewahren“

sich erneuernden Spermas und der verfallenden Eizelle findet dies jedoch keinen Platz (vgl. Martin 1989, S. 72).

Auch hier wird – wie weiter oben von Dr. Clausen (vgl. S. 123) – eine Altersspanne festgelegt, die als biologisch ‚ideal‘ bezeichnet wird. Zwischen 18 und 25 Jahren bekommen jedoch, auch das wurde weiter oben bereits erwähnt, die meisten Frauen noch kein Kind. Es ergibt sich ein Paradox, das technologisch auflösbar zu sein scheint. Während im Beispiel von „Alles zu meiner Zeit“ (S. 130) die zwei Millionen Eizellen eines neugeborenen Mädchens als Referenz des Verlusts angegeben werden, sind es hier 400.000 Eizellen zu Beginn der Pubertät und somit zu Beginn der relevanten fruchtbaren Phase einer Frau. Der Verlust wird auch hier in Zahlen ausgedrückt, 1000 Eizellen „schwinden“ jeden Monat. Diese Abnahme der *Quantität* wurde im letzten Abschnitt bereits nachgezeichnet. Mit dem Verlust der Quantität nimmt aber auch die *Qualität* ab, bereits mit 30 Jahren ist nur noch 50 % des noch vorhandenen Vorrats „intakt“. Im Gegensatz dazu müssen die anderen 50 % defekt oder fehlerhaft sein. Die blonde Frau, deren Oberkörper-Profil auf dem Bild über dem Textkasten zu sehen ist, verschränkt entspannt lächelnd die Hände hinter dem Kopf. Sie sitzt auf einer grau-braunen Couch und hat die Augen geschlossen. Im Kontext des Textes hat diese Frau ihre Eizellen eingefroren und ist deshalb so entspannt, weil sie sich keine Gedanken mehr über den kontinuierlichen Verfall ihrer Eizellen machen muss. Scrollt man weiter, ist in dem darauf folgenden Text auch die oben gezeigte Grafik zu sehen, die die „Natürliche Abnahme der Fruchtbarkeit in Abhängigkeit vom Alter der Frau.“ zeigt (vgl. S. 132).

Die Abnahme der Quantität wird, wie gezeigt, als ‚natürlicher‘ Prozess beschrieben, der im weiblichen Körper angelegt ist. Der Verlust an Qualität bekommt in diesem Narrativ nun einen besonderen Ort: *die Eizelle*. Das Entnehmen und Einfrieren der Eizelle ‚bewahrt‘ die Fruchtbarkeit, die ansonsten durch den Körper ‚bedroht‘ werden würde, so das Bild. Technologisch wird im wahrsten Sinne des Wortes ein ‚biologischer‘ Prozess für Teile des Körpers eingefroren. Die Eizelle bekommt neben ihrer reproduktiven Funktion einen besonderen Stellenwert, da, wie noch gezeigt werden wird, mit dem Verfall bestimmte Risiken in ihr lokalisiert werden.

Das zuvor bereits ausgeführte Bild des Containers (Richard/Zaremba 2007) mit dem darin enthaltenen Depot muss an dieser Stelle um einen Aspekt erweitert werden. Das Depot braucht sich nicht nur von selbst auf, das vorhandene Material verliert auch an Qualität. Von außen unbemerkt nimmt die Qualität des übrig gebliebenen Inhalts des Gefäßes ab. Assoziativ wird wieder das Bild eines Vorrates an Lebensmitteln hervorgerufen, der ein Verfallsdatum besitzt und ablaufen könne. Dr. Degenhardt beschreibt im Interview die Abnahme der Quantität in Verbindung mit dem Verlust an Qualität von Eizellen in Prozenten:

D: „(...) Weil die Eizellen sind ja schon angelegt wenn wir noch im Mutterleib sind und wenn Sie dann je älter Sie werden desto höheren Prozentsatz an

Schrott muss man so sagen is da leider dabei, wenn Sie jemanden haben der 25 is sind bereits 60 Prozent der Eizellen genetisch nicht mehr in Ordnung, ja? Und da müssen Sie dann hoch einkalkulieren wenn Sie jemanden haben der 40 is da ises absolut 'ne Ausnahme dass da mal 'ne genetisch gesunde Zelle vorbei kommt. Ja? (...)“ (Dr. D: 223–229)

Eizellen, so auch hier die Erläuterung, sind als eine Art Vorrat bereits bei weiblichen Embryonen angelegt, noch bevor diese geboren werden. Auch zeigt sich wieder das Bild des Depots, das sich selbst im Laufe der Zeit und im Prozess des Alterns aufbraucht. Während Dr. Burkhard zu Beginn des Kapitels den Teil der Eizellen beschreibt, der mit seinen Worten „noch gut“ ist, beschreibt Dr. Degenhardt hier den anderen Teil der vorhandenen Eizellen, deren Qualität nicht mehr hoch ist und die sie als „Schrott“ bezeichnet. Es wirkt drastisch, menschliches Material als „Schrott“, also Abfall, zu bezeichnen (vgl. dazu Waldby/Mitchell 2006; Schneider 2002). Ebenso drastisch wirken die darauf folgenden Zahlen, mit denen sie den kontinuierlichen Verfall der Eizellen verdeutlicht: Im Alter von 25 Jahren sind bereits über die Hälfte, nämlich 60 % der Eizellen wie sie es nennt „genetisch nicht mehr in Ordnung“. Dieser Ausdruck wird nicht weiter ausgeführt, es ist unklar, was im Gegensatz dazu „genetisch in Ordnung“ heißen würde. „Genetisch nicht mehr in Ordnung“ und „Schrott“ steigern noch einmal das Bild schlechter Qualität der Eizellen. Bei einer „schlechten Qualität“ kann man sich vorstellen, mit technologischer Hilfe die restliche Leistungsfähigkeit der Zellen nutzen zu können. „Genetisch nicht mehr in Ordnung“ suggeriert hingegen Risiko, Krankheit und Mutation statt nur Verlust an Qualität. Was hier transportiert wird, ist der Eindruck, dass Eizellen, wie oben von Dr. Clausen beschrieben, schon weit vor dem Alter von 25 Jahren ihren ‚biologischen‘, weil „genetisch(en)“ Höhepunkt haben. Ohne weitere Prozentzahlen nennen zu müssen, steigert Dr. Degenhardt die Erzählung des genetischen Verfalls der Eizellen für die nächsten 15 Jahre bis zum Alter von 40 Jahren. Dann stellt es eine „Ausnahme“ dar, „dass da mal 'ne genetisch gesunde Zelle vorbei kommt“. Das Bild der Eizelle, die „mal (...) vorbei kommt“, weckt den Charakter der sehr geringen Wahrscheinlichkeit und des Zufalls, in den sie als Ärztin vielleicht wenig eingreifen kann. Die Eizelle, die „vorbei kommt“, hat ein Eigenleben und lässt sich nicht kalkulieren, berechnen oder antizipieren; wenn ‚man Glück hat‘, ist sie gesund. Ihr „hoch einkalkulieren“ für „jemandem mit 40“ bezieht sich darauf, dass mehrere Eizellen gewonnen und eingefroren werden müssen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, einige ‚genetisch gesunde‘ Eizellen zur Verfügung zu haben. Auch als Laiin kann man sich nun vorstellen, dass sich ‚der Aufwand‘ einer Eizellentnahme und Prüfung für einen geringen und qualitativ nicht mehr hochwertigen Vorrat nicht mehr ‚lohnt‘.

Die Eizelle, *die vorbei kommt*, tut dies nur, weil sie zuvor dem weiblichen Körper entnommen wurde. Die Bewertung dieses Materials folgt einer ganz spezifischen Logik: es wird die qualitative Leistungsfähigkeit besprochen und mit allerhand Eigenschaften versehen.¹¹⁷ Die Leistung, die von den Zellen in den bisherigen Darstellungen erwartet wird, ist nicht nur funktionsfähig zu sein, sondern vor allem zu gesunden Kindern zu führen. Im Laufe der Zeit verliert sich die Leistungsfähigkeit unumgänglich und es kommt das Risiko hinzu, genetisch bereits mutiert zu sein, falls ‚zu lange‘ gewartet wird. Richard und Zaremba untersuchen in „Hülle und Container“ unter anderem Bilder weiblicher Körper in der Abtreibungsdebatte und stellen für den Körper als Container fest:

„Es entsteht das Zerrbild eines NEGATIV-CONTAINERS, der als Gegner des Fötus und als potenziell kindermordend betrachtet wird. Durch die frühe Visualisierung des pränatalen Fötus, ist der POSITIV-CONTAINER der schützenden, nährenden und aufopferungsvollen Mutter der angstbesetzten Vorstellung des NEGATIV-CONTAINERS gewichen, der jederzeit willentlich Leben auszulöschen vermag.“ (ebd. 2007, S. 77, Hervorhebungen im Original).

Der Container kann im Diskurs um ‚Social Freezing‘ und anderen biopolitischen Diskursen der Reproduktionsmedizin zum Ort von Risiken werden (vgl. Lemke 2009). Das Material, das im Container verbleibt, kann genetische Defekte bereithalten, die im Laufe der Zeit ansteigen. Eine Frau, die, wie in Dr. Degenhardts Beispiel, mit 40 Jahren schwanger werden möchte, wird zum Negativcontainer, da ihr Material potentielle Risiken für Krankheiten bereithält, ihre Eizellen potenziell „Schrott“ sind. Die Eizellen altern und verfallen unaufhörlich. Es liegt daher in der Verantwortung dieser Frau selbst, kein Negativcontainer zu sein und junge Eizellen für eine Schwangerschaft oder für die Kryokonservierung zu benutzen.¹¹⁸ Der Container, der

117 Aus Körpern entnommenes menschliches Material und menschliche Substanzen sind vielfach Gegenstand sozialwissenschaftlicher Untersuchungen: beispielsweise die Ambivalenzen, die sich aus Sammlungen biologischer Materialien ergeben (vgl. Palmer 2009), die Bedeutung von Genen und Blut für das „Menschsein“ (vgl. Ravn 2009), die Ökonomisierung menschlichen Materials wie beispielsweise Blut oder Organe (vgl. etwa Waldby/Mitchell 2006) oder medizinische und medizinethische Implikationen gelagerter Gewebeproben (vgl. Weir 1998).

118 Martina Löw beschreibt raumsoziologisch die Genese des Körperinneren als Raum (2012). Sich auf Barbara Duden beziehend (1987) beschreibt sie „[d]ie Veränderung der Körpervorstellungen vom fließenden Übergang zwischen innen und außen zu einem geschlossenen Körper“ als „kein[en] isoliert[en] Prozeß“ (Löw 2012, S. 119). Mit dieser Verschiebung der Vorstellung von Körpern als geschlossene Räume hat sich auch die Vorstellung entwickelt, Körper besitzen zu können (vgl. Duden 1987) und somit wie hier gezeigt, darüber verfügen zu können.

antizipiert ein maternales Umfeld werden kann, wird gleichzeitig zum schützenden, wie auch zum potentiell gefährdenden Behältnis (vgl. Arni 2012), worauf ich in Kapitel 4.3 noch einmal zusammenfassend eingehen werde. Einer ganz besonderen Logik der Temporalität folgend, müssen all diese Aspekte, Risiken und Prozesse für die Zukunft antizipierend gewusst werden. Gegen die Risiken, die der Körper bereithält, kann entweder eine Schwangerschaft zum *richtigen*, das heißt frühen Zeitpunkt erfolgen oder Eizellen zum *richtigen* Zeitpunkt kryokonserviert werden. Im Kontext der Verhandlungen von Legitimität der Reproduktionsmediziner_innen ist das Verweisen auf den Verfall weiblicher Körper deshalb von Bedeutung, weil dadurch in der ‚Natur‘ der Frau selbst die Grenze zwischen legitim und nicht legitim gefunden wird. Nicht mehr legitim ist die Anwendung der Methode, wenn das Depot bereits zu aufgebraucht und risikoreich ist.

Dr. Burkhard denkt die Qualität von Ei- und Samenzellen im Prozess des Alterns weiter und ordnet nicht nur dem Verlust und der Vorsorge sondern auch konkreten Risiken ein Geschlecht zu:

B: „Ja. Kann man auch ausdrücken prozentual ja? Also äh (2) bei ’ner 40-jährigen Frau ja? Und ’nem 50-jährigen Mann ja? Die Möglichkeit dass eine Störung ja? durch den Mann kommt ja? liegt bei etwa ein Prozent also 99 Prozent der Chromosomenstörungen kommen von der Frau ja? Beim 55-jährigen Mann und der 40-jährigen Frau äh beträgt’ s beim Mann etwa eins Komma fünf Prozent, beim 60-jährigen ungefähr eins Komma acht bis zwei Prozent; aber im Vergleich zu der Frau ja? I am sorry ja? (...) Also der Anteil der männliche Anteil an dem Chromosomenschaden vielleicht hab ich jetzt ein bisschen untertrieben vielleicht sind’s fünf Prozent beim 60-jährigen ja? Ist vergleichsweise gering.

I: Gering ok.¹¹⁹

B: Und führt dann eben auch nicht unbedingt zu einer Befruchtung ja? Die Natur is cleverer als wir denken ja?“ (Dr. B: 802–820)

Dr. Burkhard vergleicht hier die Risiken chromosomaler Störungen einer 40-jährigen Frau, die sich mit einem 50-jährigen Mann reproduziert. In Prozenten gibt er dabei an, ‚woher‘ bzw. ‚von wem‘ Störungen kommen. Um zu zeigen, wie drastisch die Wahrscheinlichkeit von Störungen aus dem genetischen Material von Frauen stammt, vergleicht er die 40-jährige Frau mit einem immer älter werdenden Mann. Mit „I am sorry, ja?“ drückt er die Eindeutigkeit und Drastik aus, mit der die Wahrscheinlichkeiten einhergehen. Vielleicht tut es ihm für mich als Frau leid,

119 I = die Interviewerin.

die diese Fakten auch betreffen werden. Auch ihn habe ich zuvor im Interview gefragt, ob sich auch Männer für das Einfrieren ihrer Samenzellen interessierten. Vor dem hier gewählten Ausschnitt erklärt er ausführlich, warum sich Männer nicht für die Technologie interessieren müssten: Weil sie, überspitzt formuliert, wie dann deutlich wird, keine ‚Schuld‘ an den Risiken trügen, die mit ‚späten‘ Schwangerschaften einhergingen.

In Wahrscheinlichkeiten und Risiken werden hier die Konsequenzen weiblichen Qualitätsverlustes angegeben. Das Rechnen in Wahrscheinlichkeiten, Prognosen und Risiken ist in der Medizin Usus (vgl. Kollek/Lemke 2008). Wie Silja Samerski und Anna Henkel in ihrer Untersuchung über probabilistische Risiken in der Medizin schreiben,

„(...) ist das Konzept des statistisch berechneten Risikos in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in die medizinische Theorie und Praxis eingewandert und hat das Verständnis von Krankheit und Gesundheit fundamental verändert.“ (ebd. 2015, S. 86)

Medizin hat sich zur Überwachungsmedizin entwickelt (Armstrong 1995), in der Risiken konstruiert werden, die zur Verantwortung einzelner Subjekte werden (vgl. Lemke 2004b; Rose 2001). Statistik und Wahrscheinlichkeitsrechnung bilden die Grundlage und Voraussetzung biopolitischer Interventionen (vgl. Hacking 2016).

„Die Figur des Wahrscheinlichen mit all ihren Formeln und Rechenregeln dient dazu, sich in einer fiktiven gegenwärtigen Zukunft zurechtzufinden, die an der Stelle der zukünftigen Gegenwart steht, die real sein werden aber noch undurchschaubar sind.“ (Esposito 2007, S. 60)

Prognosen und Wahrscheinlichkeiten für die Zukunft zu errechnen ist ein gängiges Mittel, Krankheiten, Mutationen und Abweichungen vermeintlich vorherzusehen und präventiv eingreifen zu können. Sie werden dadurch zum Risiko, dass sie individuell zugerechnet werden und deren Vorsorge in den Verantwortungsbereich Einzelner fällt (vgl. etwa Luhmann 1991, S. 30 ff.). Robert Castel geht biopolitisch gewendet davon aus, dass an die Stelle des Subjektes „Risikofaktoren“ treten, die aus Risiko eine Organisationseinheit der Population macht (ebd. 1983; vgl. auch Rose 2001). Die Bewertung von Materialien und das Berechnen des Qualitätsverlustes und dessen Effekte führen dazu, dass Risiken eindeutig zugeschrieben werden.

Die Verantwortung, dies geht aus Dr. Burkhard's Ausführungen hervor, mit Wahrscheinlichkeiten und Risiken umzugehen liegt bei Frauen. Mit dem Sinken der Qualität steigt die Verantwortung für die eigenen Zellen, die zum Risiko werden. Die Cleverness der Natur, so Dr. Burkhard, besteht darin, dass Sperma, das ‚männliche‘ „Chromosomenschaden“ enthält, nicht zur Befruchtung einer Eizelle

führt. Im Umkehrschluss dazu stammt der Anteil an Schäden an den Chromosomen, Krankheiten und Mutationen ausschließlich aus („älteren“) weiblichen Zellen. Geht es um männliche Fortpflanzung, ist die Natur clever, geht es um weibliche, fehlerhaft (vgl. Martin 1989). Geschlechtsstereotype werden an dieser Stelle (nicht an allen) fortgeschrieben, obwohl sie sich auch verschieben oder neu formieren könnten:

„Gleichzeitig sind die Geschlechtsstereotype in permanenter Bewegung, und das ist nicht nur der Effekt massiver Kritik, sondern Ergebnis sich wandelnder soziokultureller, ökonomischer und technischer Verhältnisse in der Technowissenschaftskultur: Die Geschichte vom heroischen Spermium etwa wird in einer Zeit obsolet, in der die Reproduktion durch IVF und *Social Freezing* (Einfrieren von Eizellen) technisch in neuer Weise modelliert werden. (...) Das Spermium ist in diesem Kontext eher zur ephemeren Zugabe geworden, deren eventuelle Schwächen reproduktionsmedizinische Praktiken ausgleichen: Die alte heroisch-maskuline Geschichte von tapferen Spermium wird im Bauch des Monsters *Technoscience* verdaut.“ (Weber 2017, S. 347f., Hervorhebungen im Original).

Obwohl im gesamten Diskurs um ‚Social Freezing‘ – Samenzellen eine Nebenrolle neben der Protagonistin Eizelle spielen, ist das „alte heroisch-maskuline“ Bild des Spermiums noch nicht obsolet geworden. Vielmehr werden durch technische Möglichkeiten der Beschreibung Risiken differenzierter dargestellt und detaillierter lokalisiert. Darauf wird in Kapitel 4.2 näher eingegangen werden. Zuvor jedoch möchte ich nachzeichnen, wie die Logik der Berechnung in Wahrscheinlichkeiten, Chancen und Risiken Altersgrenzen produziert, die mit Risiken verbunden sind.

Mit 30, 35, 40 Jahren: Risiko bekommt ein Alter

Anhand der Berechnung in Wahrscheinlichkeiten, in Chancen und Risiken erzählen die Reproduktionsmediziner_innen vor allem in den Interviews jene Paradoxie, die bereits im vorherigen Kapitel als Paradoxie des ‚Social Freezing‘ dargestellt wurde. Das Narrativ der Paradoxie, um dies knapp zu wiederholen, besteht darin, dass junge Frauen, für die es aufgrund von Qualität und Quantität biologisch ‚sinnvoll‘ wäre, Eizellen einzufrieren, noch nicht daran denken müssen, dies zu tun. Wohingegen sich ältere Frauen, bei denen es bezüglich Qualität und Quantität biologisch ‚schwierig‘ bis ‚unmöglich‘ ist, Eizellen zu gewinnen, für die Technologie interessieren. Letztere haben aber kaum mehr Chancen, mit den eingefrorenen Eizellen ‚Erfolge zu erzielen‘.

F: „(...) wenn wir zehn wenn Sie zehn Eizellen einfrieren bei einer unter 35-jährigen dann hat sie ’ne 60 Prozentige Chance damit schwanger zu werden. Und bei ’ner über also über 36-jährigen Frau liegt das dann nur noch bei 30

Prozent. Und das is 'n großer Unterschied, ne? Und das äh (.) deswegen is das so n bisschen (.) schwierig mit dem Social Freezing weil es is eigentlich am besten geeignet für Frauen die eben jung sind und die das überhaupt noch nich, die die Uhr noch nicht ticken hören ne? Deswegen.“ (Dr. F: 390–396)

Dr. Faller beschreibt die benannte Paradoxie anhand von Wahrscheinlichkeiten, die vom jeweiligen Alter der behandelten Frau abhängen. In dieser gewiss vereinfachten Darstellung gibt es einen Wert vor 35 und einen nach 35 Jahren und dabei scheint es, als sinke zwischen dem 35. und 36. Geburtstag die Wahrscheinlichkeit, mit zehn eingefrorenen Eizellen später schwanger zu werden um die Hälfte (von 60 auf 30 Prozent). Anhand dieser Zahlen stellt Dr. Faller ‚Social Freezing‘ im Allgemeinen als „so n bisschen schwierig“ dar. Junge Frauen (wahrscheinlich unter 35 Jahren) hören „die Uhr noch nicht ticken“, womit gemeint ist, dass der Verfall der Eizellen noch nicht so weit vorangeschritten ist, dass die Chancen ‚zu gering‘ werden. Begleitet wird das Noch-nicht-Hören der Uhr, das geht aus dem Kontext des Interviews hervor, vom Glauben daran, beziehungsweise Wissen darüber, die Möglichkeit einer spontanen Schwangerschaft ‚noch‘ zu haben. Das Alter von 35 Jahren wird hier zur Grenze zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Chancen, zwischen einfachem und aufwendigem Schwanger-Werden und damit gleichzeitig auch zwischen legitim und nicht mehr legitim. Die Angabe der Wahrscheinlichkeiten kann als eine Art ‚objektive‘ Erklärung dafür gelesen werden, dass die Methode bei ‚jüngeren‘ Frauen effektiver sei.

Auch Dr. Degenhardt spricht über diese Paradoxie, der Diskrepanz der Frauen, die gute Chancen hätten und der Frauen, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen (wollen). Dies entspricht der oben beschriebenen Differenz der Figuren der ‚idealen‘ und ‚tatsächlichen‘ Patientin.

D: „Zu alt is 'n bisschen is böse gesagt, wie gesagt richtig klug ises wenn man's mit unter 30 macht. Da befassen sich die Leute aber nicht damit. Wenn die dann kommen sind die meistens so 38 39 40 und dann ähm is des is des keine gute Ausgangssituation. (...)“ (Dr. D: 198–201)

Mit „gute[r] Ausgangssituation“ meint Dr. Degenhardt die *biologischen* Eigenschaften der vorhandenen Eizellen. Sie erläutert die Paradoxie der ‚zu alten‘ Patientinnen biologisch. Als „klug“ bezeichnet sie die Entnahme vor dem Alter von 30 Jahren, was sie implizit mit der besten biologischen Ausstattung begründet. Die Frauen, die in ihre Klinik kommen, haben nicht mehr die besten körperlichen Voraussetzungen, um Eizellen einfrieren lassen zu können. Wie nun bereits gezeigt wurde, seien weder Quantität noch Qualität im Alter von 38 bis 40 Jahren ausreichend, die Anwendung

des aufwendigen Verfahrens rechtfertigen zu können, so das Narrativ.¹²⁰ Auch weist sie ein wenig später im Interview darauf hin, dass Frauen im Alter von 38 bis 40 Jahren Probleme bei der Partnersuche haben werden, was ‚Social Freezing‘ hier nicht nur auf der biologischen, sondern auch auf einer sozialen beziehungsweise demographischen Ebene die Sinnhaftigkeit abspricht. Ebenso hebt sie hervor, dass Frauen, diesmal unter 30 Jahren, noch nicht daran dächten, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Die Grenze, ab der das Einfrieren von Eizellen hier als unklug (im Gegensatz zu klug beziehungsweise weniger klug) eingeschätzt wird ist 30. Das Alter zwischen 38 und 40 Jahren wird zum Alter einer ‚schlechten‘ Ausgangssituation, das heißt ‚schlechterer‘ Aussichten auf eine spätere Schwangerschaft.

Warum Eizellen in diesem Alter nicht mehr eingefroren werden, erklärt Dr. Abels in Rekurs auf die Qualität der Eizellen:

A: „Dass man des dann noch häufiger machen muss, dass man eine sinnvolle Anzahl von Eizellen vorfindet. Die Qualität der Eizellen können wir tatsächlich erst unterm Mikroskop begutachten; ne? Dass wir sagen das sind schöne Eizellen oder das sind Eizellen die nicht, (...) die nicht ähm vielversprechend sind. (...) Ja und grundsätzlich sollte eigentlich nur eingefroren werden was qualitativ gut ist damit wir auch gute Chancen haben dass sie sich wieder auftauen und befruchten lassen. Ja?“ (Dr. A: 193–203)

Sie sieht das Problem mit dem Alter darin, dass das aufwendige und mit Nebenwirkungen verbundene Verfahren der Eizellentnahme aufgrund der sinkenden Quantität der Eizellen im Laufe der Zeit/des Alters häufiger durchgeführt werden müsse als bei jüngeren Frauen. In ihrer Erzählung hier offenbart sich ein neuer Aspekt des bisher beschriebenen Materials: Die Qualität der Eizellen könne erst zu einem späteren Zeitpunkt, sprich *nach* der Entnahme beurteilt werden. „Schöne Eizellen“ sind in diesem Fall welche, die sich einfach befruchten lassen. Schlechte Eizellen werden deshalb als nicht „vielversprechend“ beschrieben, weil sie sich mit geringerer Wahrscheinlichkeit später befruchtet einnisten. Für die individuelle Bestimmung der Qualität von Eizellen ist also noch mehr technologischer Materialeinsatz notwendig, der gar nicht von Anfang an gewährleistet werden kann und der zugangsbegrenzt ist. Schlechtes Material sollte nicht eingefroren werden, weil Aufwand (inklusive Nebenwirkungen der Behandlung) und Ergebnis nicht im gewünschten Verhältnis zueinander stehen. Material, das eine schlechte Qualität aufweist, kann also auch technologisch nicht eingeholt werden. Auch hier geht es

120 Mehr zu den Narrativen schwieriger Partnersuche vgl. Kapitel 3.2.

darum, die Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft in der Zukunft möglichst hoch zu halten.

Wie gezeigt wurde, werden Eizellen nicht nur entnommen, sondern vor der Weiterverarbeitung kleinteilig beschrieben:

B: „(...) Und deshalb ist das Problem je älter Sie werden desto weniger gut funktioniert des ja? Äh und das ist der Grund warum ich bei 'ner 38-jährigen viel mehr Eizellen brauche ja als bei 'ner 32-jährigen ja? Weil dieser Prozess eben dafür verantwortlich ist dass die Schwangerschaftsrate so abnimmt weil eben so wenig Eizellen auch diesen Reifungsprozess schaffen. Ja? Deshalb werden die ausgepackt, angeschaut, gereift gut du darfst eingefroren werden, nicht gereift weg. Ja? Und dann kann es eben passieren dass man 20 Eizellen rausholt aber am Ende nur acht einfriert. Ja ja? Und es zählen die die ((klopft mit Hand zum Takt seiner Worte auf den Tisch)) eingefroren sind und nicht die die gewonnen wurden.“ (Dr. B: 377–385)

Zuvor im Interview erklärt Dr. Burkhard an dieser Stelle, was beim Vorgang der Meiose oder auch Reifeteilung mit steigendem Alter alles *nicht* funktionieren kann. Das ist „das Problem“, auf das er sich zu Beginn dieses Ausschnitts mit steigendem Alter bezieht. Die 38-jährige Frau steht in diesem Beispiel sinnhaft für schlecht funktionierende Teilung, die 32-jährige Frau für gut funktionierende Teilung, was mit guten Erfolgsaussichten für eine Schwangerschaft verbunden ist. Den Ursprung des höheren Bedarfs an Eizellen zum Einfrieren im Laufe des Alters erläutert er biologisch darin, dass eine immer geringer werdende Anzahl der Eizellen den „Reifungsprozess“ erreicht. In einer Art Entwicklungslogik, die auch eine Abnahme ‚eigentlicher‘ Funktionen menschlicher Zellen impliziert, wird der Abbau plausibilisiert. Die Eizellen versuchen den Reifungsprozess zu erreichen, schaffen es aber aufgrund ihres Alters nicht mehr, so das bei der Laiin hervorgerufene Bild.

Anschließend beschreibt er das Vorgehen der Entfernung der äußeren Hüllzelle einer Eizelle, die vor dem Einfrieren (und auch vor einer IVF oder ICSI) deshalb durchgeführt wird, weil nur so erkannt werden könne, ob die betreffende Eizelle bereits die zweite Reifeteilung vollzogen hat. Nur in diesem Stadium sind Eizellen befruchtungsfähig. Dies ist es auch, was Dr. Burkhard mit „gereift“ und „nicht gereift“ bezeichnet. Gereift heißt, dass sich eine Eizelle in der zweiten Reifeteilung befindet. Die nicht gereiften Zellen befinden sich in der ersten Reifeteilung und sind somit nicht befruchtungsfähig.¹²¹

121 In einem Zyklus ohne hormonelle Stimulation reift in der Regel eine Eizelle in Reifungsphase 2 und entwickelt sich so zur befruchtungsfähigen Eizelle. Da einer Eizellentnahme

In seiner Beschreibung erinnert das „Auspacken“ an eine liebevoll durchgeführte und detailreiche handwerkliche Arbeit. Er spricht die Eizellen direkt an und trifft die Auswahl, ‚wer‘ nach Reifegrad und im Kontext der Erzählung Qualität eingefroren werden ‚darf‘. Mit der gereiften Eizelle spricht er wie mit einer Person. Mit den anderen, den nicht befruchtungsfähigen Eizellen, wird auch narrativ kurzer Prozess gemacht: „nicht gereift weg“. Das Bild des Sortierens von vereinfacht gesprochen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Eizellen erinnert assoziativ in der Einfachheit der Darstellung an die im Märchen Aschenputtel (oder Aschenbrödel) mit den helfenden Tauben geteilte Aufgabe, die von der Stiefmutter ausgeschütteten Linsen zu sortieren: „die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“. Dieser Satz drückt als Redewendung die Trennung von Dingen unterschiedlicher Qualität aus und deutet auch hier darauf hin, dass nur das beste Material eingefroren werden soll.

Im Sinne des Ziels der Arbeit, die er durchführen möchte, im Anschluss oder nach einer gewissen Zeit eine Schwangerschaft zu erreichen, ist es selbstverständlich naheliegend und nachvollziehbar, warum nur befruchtungsfähige Eizellen eingefroren werden und Dr. Burkhard keine Verwendung für andere Eizellen hat. Doch es ist die Art und Weise, *wie* die Funktions- und Qualitäts-Unterschiede dargestellt werden, die hier soziologisch interessant sind. Wie im Zitat von Dr. Abels (S. 145) vermittelt die Erzählung den Eindruck einer Hochwertigkeit Materialien, die eben nur in einem bestimmten Alter vorhanden ist. Das Einfrieren wird so zum Akt, der Frauen ab einem gewissen Alter verwehrt bleibt und zu dem sie keinen Zugang haben, weil nur ‚gutes‘ Material eingefroren wird. Wieder werden bestimmte Alter mit Zuschreibungen versehen: 32 Jahre bedeutet hier, dass wenige Eizellen und wenige Arbeitsschritte benötigt werden, weil die Eizellen eine hohe Qualität aufweisen. 38 Jahre bedeutet, dass die Eizellen eine schlechte Qualität aufweisen, weshalb der Aufwand, diese zu extrahieren und einzufrieren viel höher ist. Die Wahrscheinlichkeit, später damit eine Schwangerschaft zu erreichen, ist geringer. Auch hier deutet das Klopfen auf den Tisch darauf hin, dass das Thema für Dr. Burkhard eine emotionale Komponente hat. Vielleicht fühlt er sich auch hier, wie bereits in Kapitel 3 gesehen, mit falschen Erwartungen und Vorstellungen konfrontiert, die er nicht erfüllen kann. Die handwerklich anmutende Beschreibung seiner Tätigkeit im Labor liest sich auch nach einer Art Bericht über den Umgang mit körperlichen Substanzen.

im Zuge reproduktionsmedizinischer Behandlungen wie einer IVF, ICSI oder Kryokonservierung eine hormonelle Stimulation vorausgeht, reifen meist mehrere Eizellen zu reifen Eizellen heran. Genau darauf bezieht sich Dr. Burkhard hier, wenn er vom „Reifungsprozess“ spricht, der im Laufe des Alter(n)s „weniger gut funktioniert“.

Dieser Umgang mit körperlichen Substanzen ist der Reproduktionsmedizin beziehungsweise ihrem Bild inhärent:

„In der Tat sind wir es gewohnt, die technisierte Reproduktionsmedizin genau so zu denken: Als ein Feld des Umgangs mit heiklen ‚reproduktiven Substanzen‘, bei dem professionelle Abwägungsentscheidungen unumgänglich sind – eben weil mit den Substanzen und insbesondere mit dem besonders geschützten Embryo inzwischen, rein technisch gesehen, so viel Neues und Weitergehendes getan werden kann.“ (Gehring 2007, S. 53)

Die Abwägungen und Entscheidungen beziehen sich im Fall der Eizelle darauf, welche gut genug ist, eingefroren zu werden und welche nicht. Auch mit der Eizelle kann, was Gehring hier für den Embryo attestiert, viel „Weitergehendes getan werden“. Im konkreten Fall entnommener Eizellen soll damit die bestmögliche Schwangerschaft in der Zukunft hergestellt werden. Das Arbeiten an und Aussuchen von Eizellen wirkt somit nachvollziehbar. Giseline Berg bezeichnet die aus biopolitischen Interventionen hervorgehende Fragmentierung in ihren Effekten als „Systembaukasten“ der Fortpflanzung (2002):

„Fortpflanzung im Rahmen der assistierten Reproduktion folgt zunehmend – um es salopp auszudrücken – der Logik eines Systembaukastens. Die notwendigen Bestandteile werden aus dem Zusammenhang des (weiblichen und/oder männlichen) Körpers genommen und entsexualisiert. Sie werden bearbeitet – aufbereitet, zerlegt oder ergänzt beziehungsweise aufgebessert – oder zukünftig neu konstruiert.“ (ebd. 2002, S. 35)

Das einzige, was dieser Aufzählung von 2002 hier im Sinne der beschriebenen Arbeit Dr. Burkhardts an den Zellen noch hinzugefügt werden müsste, ist das Auspacken, Einfrieren und Aufbewahren der Bestandteile. Wie Linsen, die ins Töpfchen oder Kröpfchen gegeben werden, sortiert und bewertet er Eizellen.

Aus den oben gezeigten Verhandlungen über und dem Abwägen von Material und Alter(n) ergeben sich für manche Reproduktionsmediziner_innen durch das Berechnen von Wahrscheinlichkeiten, Chancen und Risiken, wie hier für Dr. Abels, auch festgelegte Altersgrenzen, die sie für die Entnahme von Eizellen nicht überschreiten wollen:

A: „Ja, wie gesagt bei ’ner 40-jährigen würd ich nich mehr einfrieren und so beraten wir die Frauen auch ne? (...) Also wir würden die nie am Telefon abschmettern und sagen tut uns leid Sie sind zu alt. Also das erfolgt immer in einer Beratung es is ’n ausführliches Gespräch; wir zeigen denen die Zahlen;

und ähm beraten dann auch entsprechend dass es keinen Sinn mehr macht; (...)" (Dr. A: 208–217)

Des Öfteren bezieht sie sich im Interview auf diese Grenze, indem sie von einer imaginären, aber immer wieder in ihrer Praxis auftauchenden Patientin mit 39,5 Jahren spricht, die falsche Hoffnungen in die Technologie setzt und der sie diese Vorstellungen schmerzlich nehmen muss. Das Motiv der ‚falschen Vorstellungen‘ wurde in Kapitel 3.1 bereits besprochen. Es zieht sich durch das gesamte Material und scheint insofern ein wichtiges Element in der Verhandlung der eigenen Profession zu sein, als dass es immer wieder als zu vermeidend erzählt wird, ‚falsche Vorstellungen‘ zu schüren. Ein weiterer Aspekt ist der des Enttäuschens ‚falscher Vorstellungen‘ in Form von Erwartungen, den die Reproduktionsmediziner_innen ebenfalls vermeiden möchten. Wichtig ist Dr. Abels dabei stets die richtige ‚Beratung‘ oder an anderen Stellen Aufklärung ihrer Patientinnen.¹²² Sie würde einer Frau im Alter von 40 Jahren von einer Behandlung abraten. „Sie sind zu alt“ erscheint ihr allerdings eine Aussage zu sein, die Frauen schonend persönlich überbracht werden müsse. Es scheint so, als hätte Dr. Abels Mitgefühl mit dieser Frau im Beispiel, deren Hoffnungen sie enttäuschen muss. In einem „ausführlichen Gespräch“ untermauert Dr. Abels mit Statistiken das zu hohe Alter für das Einfrieren von Eizellen. Zahlen und Wahrscheinlichkeiten dienen als ‚Beweise‘, die *Sinnhaftigkeit* wird numerisch abgewogen. Die Tatsache, dass Dr. Abels auf Beratung verweist, könnte bedeuten, dass sich eine Patientin über den ärztlichen Rat hinwegsetzen und darauf bestehen könnte, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Im Kontext der oberen Aussage, sie würde bei einer 40-jährigen Frau nicht mehr einfrieren, scheint der Begriff der Beratung allerdings als Hinweis darauf zu lesen zu sein, dass Patientinnen autonome Entscheidungen treffen sollen, die ihnen zugerechnet werden.¹²³ Das Alter von 40 Jahren wird hier gleichzeitig zur Grenze für ‚Social Freezing‘. Auch hier wirkt das Zeigen von Zahlen wie eine Art ‚objektive‘ Form der *Wahrheit*, der geglaubt werden sollte.

Dr. Faller hingegen relativiert vorsichtig Alter(n) im Sinne von Altersgrenzen:

F: „(...) Da gibt's jetzt keine starre Grenze und man kann jetzt nicht sagen nur weil Sie jetzt ein halbes Jahr eher geboren sind äh ises schlecht aber grob kann man die schon ähm davon ausgehen dass Frauen über 35 geringere

122 Der Aspekt der Aufklärung wird ausführlich in Kapitel 5 behandelt.

123 Auch der Aspekt der Patient_innen-Autonomie und der autonomen Entscheidung wird in Kapitel 5 besprochen werden.

Chancen haben mit den zu diesem Zeitpunkt eingefrorenen Eizellen später schwanger zu werden.“ (Dr. F: 174–178)

Trotz der Ablehnung von strikten Altersgrenzen nennt sie die Zahl 35 verbunden mit den geringeren Chancen auf eine spätere Schwangerschaft. Auch hier taucht das Alter von 35 Jahren als Grenze auf, die den Zeitpunkt der Verringerung der Wahrscheinlichkeiten einer Schwangerschaft mit den eingefrorenen Eizellen markiert. Insgesamt ist festzuhalten, dass das Thema der Altersgrenzen für die Reproduktionsmediziner_innen nicht einfach zu sein scheint. Hierauf wird in Kapitel 5 noch einmal näher eingegangen.

35 ist im Diskurs um ‚Social Freezing‘ das Alter, das mit am häufigsten verhandelt wird. Im Zuge der Arbeit am Material wurde gezählt, wie oft welches Alter genannt wird. Das häufige Nennen des kalendarischen Alters ist insofern wesentlich, als dass davon auszugehen ist, dass die Produktion gewisser Altersgrenzen auch weit über den Diskurs um ‚Social Freezing‘ hinaus eine der wirkmächtigsten Konstruktionen ist.¹²⁴ Das Zählen der Altersangaben in den Interviews, den Aufzeichnungen aus den teilnehmenden Beobachtungen und den Websites hat gezeigt, dass 35 das Alter ist, das am zweithäufigsten mit 40-mal genannt wurde.¹²⁵ Dies liegt gewiss auch daran, dass 35 Jahre offiziell als das Alter gilt, ab dem Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften gelten und engmaschiger untersucht werden. Am häufigsten jedoch kam es zu eben jenem Narrativ, dass ab 35 Jahren der oben beschriebene Verfall der weiblichen Fruchtbarkeit problematisch werde. Das Alter, das am häufigsten genannt wird und wurde, ist 40 mit 52 Nennungen.¹²⁶ 40 taucht in den unterschiedlichsten Kontexten auf: 40 Jahre kann, wie oben gezeigt, das Alter sein, in dem Menschen ‚natürlicher Weise‘ sterben würden, 40 kann die Grenze sein, ab der ‚Social Freezing‘ wirklich nicht mehr „sinnvoll“ ist, eine Schwangerschaft Ü40

124 Die Spanne der genannten Alter reichte von 15 als jüngste Altersangabe bis 80 als höchste Altersangabe. 15 wurde als Beginn der Altersspanne einmal genannt, in der die biologisch ‚programmierte‘ Zeit ist, Kinder zu bekommen (vgl. dieses Kapitel, S. 123). 80 Jahre wurde einmal als Alter genannt, das auf den verantwortungsbewussten Umgang von Reproduktionsmediziner_innen mit Technologie hinweisen sollte: B: „Da wird keiner ’ne 60-jährige ’ne 80-jährige schwanger machen.“ (Dr. B: 557).

125 Mit eingerechnet wurde dabei auch das Sprechen über das 35. Lebensjahr.

126 35 und 40 Jahre sind auch als Altersgrenzen aus der Forschung zu Temporalitäten wissenschaftlicher Karrieren in den Lebenswissenschaften bekannt (vgl. Müller 2014). Ruth Müller findet dabei heraus, dass mit 35 Jahren bestimmte Ziele erreicht sein müssen, für die es mit 40 ‚zu spät‘ ist, für die man sich mit 40 Jahren fast ‚verdächtig‘ macht. Dieser Analogie zu den Altersgrenzen im Diskurs um ‚Social Freezing‘ kann an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen werden, könnte jedoch Inhalt weiterer Forschung zum Thema sein.

ist noch einmal viel risikobehafteter als eine Schwangerschaft ab 35, 40 ist häufig das Alter ‚später‘ Mutterschaft und 40 ist oft das Alter, ab dem Frauen nicht mehr wahrscheinlich spontan schwanger werden können.¹²⁷

Im Diskurs scheint kalendarisches Alter mit biologischem Alter gleichgesetzt zu werden. Im medizinischen Bereich gibt es seit einiger Zeit auch öffentlich wirk-same Diskurse darüber, dass kalendarisches Alter nicht gleich biologisches Alter bedeuten muss (vgl. Riedel 2017). Geht es um die Fruchtbarkeit, scheint es jedoch keine Differenz der beiden Alter zu geben.

Interessant ist hierbei, wie bereits erwähnt, die Produktion von Altersgrenzen, die mit Inhalt gefüllt werden. Da Alter als ‚natürlich‘ gegebene und unhinterfragbare ‚Tatsache‘ auftaucht, werden hier trotz gelegentlicher Relativierungen und Hinweise auf individuelles Alter(n), wirkmächtige Konstruktionen produziert, die mit ihrem Allgemeinheitsanspruch für jede Frau relevant werden.

„Das setzt ein ganz anderes Überwachungs- und Kontrollsystem voraus: eine un-aufhörliche Sichtbarkeit und permanente Klassifizierung, Hierarchisierung und Qualifizierung der Individuen anhand von diagnostischen Grenzwerten. Die Norm wird zum Kriterium, nach dem die Individuen sortiert werden. Sobald sich nun eine Normgesellschaft entwickelt, wird die Medizin, die ja die Wissenschaft vom Normalen und Pathologischen ist, zur Königin der Wissenschaften.“ (Foucault 1976b, S. 84)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass weibliche Körper im Diskurs um ‚Social Freezing‘ fragmentiert beschrieben und bewertet werden. Die Beschreibung von Quantität und Qualität erinnert stark an einen Vorrat, einen Container, der ein Depot bereithält, dessen Inhalt risikoreich verfällt. Weibliche Fruchtbarkeit wird so als Verfallsgeschichte von Geburt an erzählt, wohingegen sich männliche Fruchtbarkeit stets selbst erneuert. Die Risiken, die sich im Laufe der Zeit für Frauen von selbst vermehren, müssen gewusst und gemanaged werden. Der verfallende Körper ab einem Alter von 35 Jahren hält Risiken bereit, die nun wie so viele andere medizinische Aspekte, in den Verantwortungsbereich der Frauen selbst rutschen. Mit 40 Jahren sind die übrig bleibenden Eizellen „Schrott“ und stecken voller Risiken. Durch die Produktion von Wissen über den weiblichen Körper entstehen Altersgrenzen, die den Diskurs um ‚Social Freezing‘ überdauern können. Gewusst wird nun beispielsweise, dass die Fruchtbarkeit mit 25 Jahren

127 Mit dem Zählen der Altersangaben wurde keineswegs eine vollständige und reprä-sentative quantitative Erhebung bezweckt. Es kann ausschließlich darauf hingewiesen werden, dass bestimmte Altersangaben viel häufiger gemacht werden und mit Bedeutung aufgeladen werden als andere.

ihren Höhepunkt erreicht, mit 30 bereits dramatisch abnimmt und sich mit 35 Jahren dem Ende neigt.¹²⁸

Natur beziehungsweise Biologie taucht hier als wenig beeinflussbare ontologische Größe auf. Nur selten wird sie als etwas dargestellt, das beispielsweise durch gesunde Ernährung beeinflusst werden kann. Meist schreitet der altersbedingte Verfall ‚natürlich‘ bedingt fort und kann einzig durch rechtzeitiges Handeln (Schwangerschaft oder Freezing) etwas selbst in die Hand genommen werden. Im Gegensatz zu anderen Diskursen im Bereich der Medizin und Gesundheit, die stark unter dem Vorzeichen der (Selbst-) Optimierung stehen (vgl. etwa Bröckling 2007), wirken die Grenzen, die der Biologie hier narrativ zugeschrieben werden, sehr starr. Technologie steht diesen Grenzen gegenüber. Sie kann diese allerdings nur unter bestimmten Bedingungen verschieben, nämlich wenn sie früh genug eingesetzt wird. Problematisiert wird häufig das unbemerkte Voranschreiten ‚natürlicher‘ Prozesse des altersbedingten Verfalls, das selbst technologisch nicht mehr rückgängig gemacht werden kann.¹²⁹ ‚Natur‘, so kann festgehalten werden, taucht im Diskurs bisher eher vage auf, als Idee weiblichen Verfalls in Form abnehmender Quantität und Verlust von Qualität im Prozess des Alterns. Trotz dieser Vagheit ist sie als Konstruktion sehr wirkmächtig.

Biologische ‚Gegebenheiten‘ weiblicher Körper werden ausführlich verhandelt und aufgezeigt. Sei es, um im Falle der Websites zu werben und Frauen dazu zu bringen, ihre Eizellen einfrieren zu lassen oder, um einer Soziologin im Interview zu erklären, was hinter ‚Social Freezing‘ steckt: Es ist die Art und Weise, *wie* über Fruchtbarkeitsverlust, weibliche Körper, Risiken und Alter(n) gesprochen wird, die für die Untersuchung des Diskurses von Bedeutung ist (vgl. Martin 1991; Keller 1998). Dies gibt einen Hinweis darauf, mit welchen Bildern, Verständnissen und Kategorien Grenzen verhandelt werden. In besonderer Weise wird hier Wissen produziert, das Auswirkungen auf ein ganz alltägliches Verständnis von Körper, Alter(n) und Geschlecht haben kann.

Aus diesen ‚biologischen‘ Gegebenheiten weiblicher Körper ergeben sich qua Ziehen von Altersgrenzen für die Reproduktionsmediziner_innen in allen Kontexten nicht nur Grenzen der *Entnahme*, sondern auch Grenzen des *Wiedereinsetzens* von Eizellen. Um diese und deren Konsequenzen soll es im Folgenden nun gehen.

128 Dies ist nur eine sehr beispielhafte Aufzählung ‚biologischen‘ Wissens, das im Diskurs um ‚Social Freezing‘ produziert wird. Allein die Tatsache, dass die Darstellung und das Versehen mit Altersangaben je unterschiedlich ausfallen, zeigt, dass keine konkreten Aussagen über das Alter(n) getroffen werden können.

129 Wie ich zeigen werde, führt diese Diskrepanz sogar zu einem hohen Grad der Emotionalität von Seiten der Reproduktionsmediziner_innen (vgl. Kapitel 5.1).

Während in den Grenzziehungen der Entnahme biologische Risiken verhandelt werden, kommen im Rahmen der Grenzziehungen des Wiedereinsetzens zu biologischen Risiken *biographische* Risiken hinzu, Risiken, die schließlich nicht nur Mutter und Kind betreffen, sondern die *Gesellschaft*.

4.2 Alter und Gesellschaft: Risiken für Mutter und Kind

Häufig werden gesellschaftlich-demographische Veränderungen des Kinderkriegens mit den oben ausgeführten ‚biologischen‘ Grenzen in Verbindung gebracht und problematisiert. Es wird als Dilemma beschrieben, dass sich Anforderungen der Arbeitswelt, individuelle Wünsche und gesellschaftliche Bedingungen nicht (mehr) mit den ‚natürlichen‘ Gegebenheiten ‚optimaler‘ Fortpflanzung vereinbaren lassen, wie bereits deutlich wurde. Dr. Clausen hat ein nicht ganz ernst gemeintes alternatives Lösungsangebot für das Dilemma, das sich aus den körperlichen Gegebenheiten, gesellschaftlichen Anforderungen und individuellen Wünschen ergibt:

C: „Und ähm damit is die Antwort find ich klar, ähm im Grunde evolutionsbiologisch betrachtet äh gibt es nur eine nur eine Lösung und die heißt Frauen müssen mit 20 schwanger werden. Das ist die Wahrheit und nichts als die Wahrheit. Kann heut kein Mensch mehr sagen weil es ist völlig politically incorrect und so weiter, aber es is die Wahrheit und äh da wir das nicht wollen, es geht nicht darum dass wir es nicht können; mir sagen alle Frauen sie wollen es nicht. (...) Ich hör nur ich möchte mein Leben leben. Ich will noch kein Kind. So und das ist natürlich auch n Produkt der Emanzipation, ganz klar und der modernen Industriegesellschaft, und dieser Geist ist nicht in die Flasche zurück zu kriegen. Deswegen is es ja geradezu 'ne Zumutung, ähm Frauen jetzt zu sagen ihr müsst äh ihr solltet jetzt mit 20 euer Kind kriegen. Ja. Aber rein biologisch betrachtet is'es einfach so dass das die höchste Fruchtbarkeit ist, und und da sind wir halt beim Social Freezing.“ (Dr. C: 262–275)

Die „evolutionsbiologisch“ eindeutig erscheinende Konsequenz – das Schwangerwerden mit 20 Jahren – stellt Dr. Clausen als geradezu absurd dar. Wie ein Zeuge vor Gericht, woher er sich den aus dem Englischen übersetzten Ausdruck „die Wahrheit und nichts als die Wahrheit“¹³⁰ entlehnt hat, sagt er „die Wahrheit“ über

130 In verschiedenen Strafsystemen gehört der Ausdruck ‚die Wahrheit und nichts als die Wahrheit‘ zur Praxis bei der Vernehmung von Zeug_innen einer Straftat vor Gericht.

biologische ‚Tatsachen‘. In der Praxis findet Dr. Clausen diese Wahrheit so unsagbar, dass er sie als „völlig politically incorrect und so weiter“ bezeichnet. Die politische Unkorrektheit dieser biologischen „Wahrheit“ sieht er darin, dass sie antiemanzipatorisch wahrgenommen werden könnte. Emanzipation als die Eröffnung von Freiheiten steht in der Darstellung biologischen „Wahrheit(en)“ gegenüber, die Freiheiten eingrenzen. Überspitzt formuliert, hat Feminismus dazu geführt, dass er als Mediziner, der „die Wahrheit“ kennt, diese nicht äußern darf. Die Metapher weiblicher Emanzipation als „Geist“, der „nicht in die Flasche zurück zu kriegen“ ist, weckt einerseits das Bild einer Idee, die einmal befreit nicht mehr aufzuhalten ist und nicht mehr in ihre ursprüngliche Beschränkung zu ‚stopfen‘ ist. Andererseits muss der Geist aus der Flasche der Person, die ihn befreit, dienen oder ihr Wünsche erfüllen, die meist mit Einschränkungen und Tücken einhergehen. Zwar erfüllt der Geist Frauen Wünsche wie Gleichberechtigung, Selbstverwirklichung und Lohnungleichheit, die Tücken dahinter sind ‚biologische‘. Die Versprechen der Emanzipation sind so groß und Frauen so stark, so das Bild, dass die Tücken und Einschränkungen jedoch nicht genannt werden dürfen, sie wollen sie nicht hören. Da die gesellschaftliche ‚Realität‘ und die biologischen ‚Tatsachen‘ auseinanderklaffen, so die Schlussfolgerung, muss technologisch nachgeholfen werden „(...) und da sind wir halt beim Social Freezing“.

‚Social Freezing‘ taucht in manchen Kontexten, wie hier bei Dr. Clausen, als Technologie auf, die ein gesellschaftliches Problem zu lösen scheint, das sich aus den in Kapitel 4.1 dargestellten ‚biologischen‘ Grenzen ergibt. Diese Differenz aus ‚biologischen Tatsachen‘ und Emanzipationsversprechungen führt nicht nur dazu, dass Mediziner_innen Grenzen der Eizellentnahme festlegen, sondern auch Grenzen des Wiedereinsetzens reflektieren. Auch hier wird, wie bereits oben schon dargestellt, in Chancen und Risiken gerechnet. Die schon angedeutete Differenzierung von Risiken im körperlichen Material wird hier noch deutlicher. Sowohl der Reflexion antizipierter (durch ‚Social Freezing‘ ermöglichter ‚später‘) Schwangerschaft als auch antizipierter (‚später‘) Mutterschaft gehen bestimmte Verständnisse von Alter(n), Risiko und ‚Natur‘ voraus, die im Folgenden entfaltet werden.

Dazu wird nun zunächst nachgezeichnet werden, wie sich Grenzen des Wiedereinsetzens von Eizellen und darin der Umgang mit verschiedenen Risiken für ‚Mutter und Kind‘ im weiblichen Material zeigen. Anschließend wird anhand der

Im deutschsprachigen Raum dürfte der Ausdruck am meisten bekannt sein durch das in Hollywoodfilmen inszenierte Fragen des oder der Richter_in an den/die Zeug_in im Gerichtssaal, die Wahrheit und nichts als die Wahrheit zu sagen. „Die Wahrheit und nichts als die Wahrheit“ ist der Titelzusatz der deutschen Übersetzung des Filmes „The Verdict“, vgl. The Verdict 1983.

Verhandlung ‚später‘ Mutterschaft veranschaulicht werden, wie die Reproduktionsmediziner_innen gesellschaftliche Zusammenhänge und die antizipierten Auswirkungen einer Technologie reflektieren. In einem weiteren Kapitel 4.3 werden im Sinne eines Zwischenfazit die Ergebnisse dieses Abschnitts mit der Fragestellung und den Ergebnissen des vorherigen Kapitels in Beziehung gesetzt werden.

Grenzen des Körperlichen: differenzierte Risiken für Schwangere und Ungeborenes

Das Thema einer Altersgrenze, bis zu welcher Eizellen wieder eingesetzt werden sollen, beschäftigt nicht nur Reproduktionsmediziner_innen, es ist auch immer wieder Teil der öffentlichen Debatte um ‚Social Freezing‘ und anderer Arten assistierter Befruchtung.¹³¹ FertiPROTEKT, das bekannteste und größte deutschsprachige Netzwerk für Fertilitätsprotektion, das Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen im Namen der im Netzwerk beteiligten reproduktionsmedizinischen Zentren, Praxen und Kliniken herausgibt, hat 2012 einen Richtwert von 50 Jahren als Höchstgrenze des Wiedereinsetzens von ehemals eingefrorenen Eizellen vorgeschlagen (vgl. von Wolff 2013). Das ‚Problem‘ der Altersgrenzen wird in der reproduktionsmedizinischen Fachliteratur folgendermaßen beschrieben:

„Kinderwunschzentren versuchen dieser Entwicklung entgegenzuwirken, indem Verträge eine Altersobergrenze für Transfers regeln. Letztlich ist aber nicht auszuschließen, dass eine Patientin trotz der Unterzeichnung eines solchen Vertrags die Herausgabe ihrer Oozyten rechtlich erzwingt, um diese später in einem höheren Alter in einem anderen Land zu transferieren. (...). Somit lässt sich in der Tat nicht ausschließen, dass das ‚social freezing‘ Schwangerschaften im höheren Alter ermöglicht und somit die Medizin und die Gesellschaft mit neuen Problemen konfrontiert.“ (ebd. 2013, S. 224)

Es sind also nicht nur gesellschaftliche und biologische Risiken, die seitens der Reproduktionsmedizin in der Verhandlung von Höchstgrenzen des Wiedereinsetzens reflektiert werden. Auch drohende rechtliche Schritte spielen in den Grenzziehungen eine Rolle.

131 Immer wieder werden skandalisierte und/oder prominente Fälle ‚später‘ Schwangerschaften oder Geburten in öffentlichen Diskursen verhandelt (siehe auch Kapitel 5.1). Bisweilen gehen diese Verhandlungen immer einher mit Verweisen auf Praktiken im Ausland, wo rechtliche Rahmenbedingungen andere sind. So ist beispielsweise die Eizellspende in vielen europäischen Nachbarstaaten erlaubt. Ein prominentes Beispiel war 2017 etwa die Schwangerschaft der deutschen TV-Moderatorin Caroline Beil, die in einer Sendung über Reproduktionsmedizin von „Hart aber Fair“ über ihre ‚späte‘ Mutterschaft und die damit verbundenen Bewertungen sprach (vgl. zusammenfassend etwa Haeming 2017, SPIEGEL ONLINE).

Vor allem die interviewten Reproduktionsmediziner_innen verhandeln das Thema Höchstgrenze sehr unterschiedlich. Dr. Burkhard beispielsweise argumentiert seine Höchstgrenze mit steigenden Risiken:

B: „(...) Aber ich würde ein Limit setzen bei 48 Jahren ja? Weil's da natürlich auch die medizinischen Risiken einer Schwangerschaft extrem hoch werden ja? Also sie können davon ausgehen dass praktisch alle Frauen ab 45 'nen Kaiserschnitt kriegen ja? Äh was jetzt noch das weniger schlimm wäre aber praktisch äh all diese Frauen haben irgendwelche Komplikationen in der Schwangerschaft ob des n Schwangerschaftsdiabetes is ob des n Hochdruck in der Schwangerschaft is, ham n deutlich erhöhtes Thromboserisiko ja? Die ham äh wesentlich mehr Komplikationen also da würd ich dann wirklich aus medizinischen Gründen sagen das muss nicht sein ja?“ (Dr. B: 586–594)

Die Verhandlung einer Altersgrenze wird oft kausal damit in Verbindung gebracht, dass es in Deutschland keine gesetzlich festgelegte Grenze des Wiedereinsetzens von Eizellen gibt, weil man sich durch das Verbot der Eizellspende bislang nicht mit dem Alter beim Wiedereinsetzen von Eizellen beschäftigen musste.¹³² Daher ist es den Mediziner_innen selbst überlassen, darüber zu entscheiden, bis zu welchem Alter eine Schwangerschaft herbeigeführt werden soll. Dr. Burkhard argumentiert hier seine selbst festgelegte Grenze mit den steigenden Risiken, die eine Schwangerschaft in ‚höherem‘ Alter mit sich bringen kann, beziehungsweise in seiner Erzählung mit sich bringt. Vom risikoreicheren Eingriff wie einem Kaiserschnitt (im Gegensatz zur in Deutschland als vorteilhafter bewerteten spontanen Geburt)¹³³ über erhöhte Risiken krankhafter Zustände für die Schwangere sind es „medizinische“ Gründe, die er zur Legitimation seiner Altersgrenze ins Feld führt und die ihn zur Bewertung von Schwangerschaften Ü48 als „das muss nicht sein“ bringen. Die Stellen, an denen Grenzen des Wiedereinsetzens von Eizellen festgelegt und damit verbundene Risiken verhandelt werden, sind die einzigen im Expert_innen-Diskurs um ‚Social Freezing‘, an denen Schwangerschaft thematisiert wird. Auch hier taucht, wie bereits im vorherigen Kapitel gezeigt, der Körper als risikohafte Umgebung auf, die mit dem Alter nur noch risikoreicher wird.

132 Das Wiedereinsetzen von Eizellen bei Krebspatientinnen wird dabei nicht thematisiert.

133 In den letzten Jahrzehnten kann eine steigende Anzahl sogenannter gewünschter „Schnittentbindungen“, im Gegensatz zu als ‚natürlich‘ bezeichneten spontanen Geburten, verzeichnet werden, was zu medizinethischen Diskussionen führt (vgl. dazu Dudenhausen 2008). Über „die ‚natürliche Geburt‘ als Deutungsmuster und Ideologie“ vgl. Kneuper 2003.

Wie Nikolas Rose es beschreibt, äußert sich moderne Biopolitik als Risikopolitik, in der es darum geht, individuelle Risiken zu kennen und zu vermeiden (2001). Risiken sind es, die in einer „postmodernen“ westlichen Kultur, vor allem Schwangerschaft und Geburt betreffend möglichst minimiert werden sollen (vgl. Reiger/Dempsey 2006), seitdem die Schwangerschaftsvorsorge sich ab dem Beginn des 20. Jahrhunderts zu einem präventiven Feld der Medizin entwickelte (vgl. Lindner 2014). Als bevölkerungspolitische Strategie gestartet, entwickeln sich seitdem die Schwangerschaftsvorsorge und das Managen von Risiken zunehmend zur individuellen Verantwortung von Frauen (vgl. Kollek/Lemke 2008; Sänger et al. 2013).

Ein Faktor, an dem Risiken besonders häufig festgemacht werden, ist das Alter. Kalendarisches Alter gibt eine einfache Möglichkeit, Grenzen zu ziehen, die mit einer Zahl versehen, nicht verhandelt werden müssen.

A: „(...) es gibt ja auch äh Eizellspendezentren im Ausland die mit 45 Schluss machen. Und das find ich persönlich gut. Ja? Weil die Risiken steigen für Kind und für Mutter das äh da Bluthochdruck Schwangerschaftsdiabetes, Mangelversorgung des Kindes in der Gebärmutter äh komplikationsreiche Geburt ja?“ (Dr. A: 226–230)

Auch Dr. Abels spricht über Alters-Höchstgrenzen zum Wiedereinsetzen. Sie orientiert sich dabei an reproduktionsmedizinischer Praxis „im Ausland“, die die Grenze bei einem Alter von 45 Jahren setzt. Ebenso wie Dr. Burkhard argumentiert sie ihre Bewertung der Grenze mit „gut“ darüber, dass Risiken mit dem Alter steigen. Bei Dr. Abels sind es nicht nur Risiken, die den Körper einer Schwangeren betreffen, sondern auch mögliche „Mangelversorgung des Kindes in der Gebärmutter“. Die „Eizellspendezentren im Ausland“, von denen Dr. Abels hier spricht, machen „mit 45 Schluss“, das heißt, sie setzen in dieser Darstellung technologischen Möglichkeiten eine Grenze. Es scheint um Grenzen der *Verantwortung* zu gehen, die die Mediziner_innen hier aufgrund steigender Risiken nicht mehr übernehmen möchten oder können.

An der Differenz zwischen Dr. Burkhard's Grenze mit 48 und Dr. Abels Grenze mit 45 Jahren erkennt man bereits Schwierigkeiten bei der Festlegung von Grenzen, die Dr. Faller reflektiert:

F: „(...) Was natürlich (.) besprochen werden muss ist gibt es eine Altersgrenze. Und die gibt es nicht. Und ich bin auch gegen 'ne Altersgrenze.

I: Ok?

F: Also ich glaub dass man des individuell entscheiden muss, und wir führen künstliche Befruchtungen bei extrem kranken übergewichtigen äh 35-jährigen

Frauen durch warum soll ich nicht einen Embryotransfer bei 'ner 48-jährigen schlanken gesunden Frau machen? Also ne? Aber es gibt natürlich Extreme. Also ich würd natürlich sollte niemand einer 60-jährigen Embryonen ne? Embryonen übertragen. Aber jetzt 'ne starre Grenze bei 48 oder 50 einzuführen is auch Quatsch also da muss is schon die Reproduktionsmedizin gefordert, hier verantwortlich damit umzugehen, aber des is ja auch unsere tägliche Arbeit. Wir überlegen ja täglich ist die Frau gesund genug für 'ne Schwangerschaft, und das wird die Zukunft natürlich bringen. Wenn jetzt wirklich die drei und 55-jährige auftaucht, und ihre Embryonen oder ihre Eizellen und zurück gesetzt bekommen möchte, das ist nochmal 'ne andere Sache, wo man hofft dass die meisten Frauen da äh verantwortlich damit umgehen, aber das wird dann en Problem.“ (Dr. F: 755–772)

Dr. Faller argumentiert mit Faktoren, die nicht mehr (nur) das Alter einer Frau betreffen, sondern ihren allgemeinen gesundheitlichen Zustand und damit ihre allgemeine ‚Eignung‘ für eine Schwangerschaft. Sie problematisiert dabei zuvor im Interview, dass im bisherigen Diskurs das Thema der späteren Schwangerschaft vernachlässigt wurde. Die Logik dieser Argumentation ist die, dass eine junge, dicke und kranke Frau mithilfe reproduktionsmedizinischer Assistenz schwanger sein kann und es damit keinen Grund dafür gebe, einer älteren, aber gesunden und nicht dicken Frau nicht zur Schwangerschaft zu verhelfen. Im Alter von 60 Jahren scheint ihr diese Logik wieder ausgehebelt, eine Frau mit 60 solle auf keinen Fall schwanger sein, egal wie dick oder dünn, krank oder gesund sie sei. Bei einer „48 oder 50“-jährigen Frau allerdings, müssten diese anderen Faktoren zusätzlich zum Alter betrachtet werden. Bei einer 55-jährigen Frau möchte Dr. Faller auch noch keine Grenze ziehen, sie hofft daher auf ‚das Verantwortungsbewusstsein‘ der „meisten Frauen“, nicht auf die Idee zu kommen mit 55 Jahren schwanger sein zu wollen. Deutlich wird, dass es Dr. Faller schwer fällt, sich für eine Grenze zu entscheiden und sie deshalb gegen eine solche und für ein individuelles Abschätzen der jeweiligen Frau plädiert. Die Entscheidung darüber, ob Frauen „gesund genug“ sind, schwanger zu werden, stellt Dr. Faller als alltäglichen Teil ihrer Arbeit dar. Die Effekte dieser Entscheidungen bleiben leider im Verborgenen. ‚Die Verantwortung‘ schreibt Dr. Faller hier einmal den Reproduktionsmediziner_innen zu, die abwägen sollen, wer schwanger sein soll und wer nicht, das andere Mal sollen Frauen selbst „verantwortlich“ handeln und wissen, wann sie nicht mehr schwanger sein sollten.

Das Sprechen über *Verantwortung* und *verantwortliches Handeln* ist typisch für das biopolitische Feld technologischer Möglichkeiten und Eingriffe (vgl. etwa Lemke 2008a, Rose 2001). Verantwortung wird erst dann zum Thema, wenn sie nicht mehr eindeutig zuzuordnen ist. Zwar wird Verantwortung als zentrales Thema

der Aushandlung skizziert, dennoch möchte ich an dieser Stelle auf das Zusammenspiel von Risiko und Verantwortung eingehen, das hier evident wird. In Zeiten patriarchaler Verständnisse von Ärzt_innen-Patient_innen-Verhältnissen war es der Hippokratische Eid als erstes medizin-ethisches Paradigma, der Ärzt_innen dazu verpflichtete, ‚verantwortungsbewusst‘ zu handeln und Patient_innen zu versorgen. Mit einem Anwachsen der Patient_innen-Autonomie und einem sich daraus wandelnden Verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, (auch im Zuge der Technisierung der Medizin) wurde der Begriff der *Verantwortung* klärungsbedürftig (vgl. Joas 1985; Anselm et al. 2014)

„An die Stelle einer ärztlichen Standesethik, die man als paternalistische Verantwortungsethik bezeichnen kann, tritt das Konzept einer Vertragsethik. Während nach ärztlicher Verantwortungsethik die Verantwortung für das Wohl des Patienten und therapeutische Entscheidungen ganz beim Arzt liegen, ist für die Vertragsethik die Autonomie des Patienten oberstes Prinzip.“ (Körtner 2014, S. 13)

Wie Tina Jung beschreibt, hat sich mit dem Bedeutungszuwachs von Patient_innen-Autonomie und Selbstbestimmung in der Medizin auch der Bereich der Geburtshilfe zum Ergebnis selbstverantworteter Entscheidungszuschreibungen gewandelt (ebd. 2017, S. 30). Erreicht werden soll das Ideal einer potentiell ‚guten‘ Geburt, zu der als biopolitisches Feld Risikominimierung auf allen Ebenen gehört (vgl. Villa et al. 2011). Eine ‚gute‘ Geburt zu erleben liegt in diesem Zuge nicht zuletzt auch in der Verantwortung der Schwangeren selbst, die informierte und autonome Entscheidungen treffen soll. Im Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist die Zuschreibung der Verantwortung für eine antizipierte möglichst ‚gute‘ Geburt und die Vermeidung sämtlicher potentieller Risiken in besonderer Art und Weise aufgeteilt. Im Falle der Verhandlung des verantwortungsbewussten Umgangs mit *Risiken* wird nun beiden Seiten, Mediziner_innen und Patient_innen, zugeschrieben, Risiken zu managen. Mediziner_innen als auch Patient_innen sollen Verantwortung tragen. Die Verantwortung, so scheint es, gilt nicht nur den Frauen und ihren ungeborenen Kindern selbst. Es kommt eine Art *gesellschaftliche* Verantwortung für Mediziner_innen hinzu, die im Folgenden noch häufiger Thema sein wird. Risiken, welcher Form auch immer (Übergewicht, Krankheit, Alter), zu vermeiden wird zur moralischen Handlungsnorm. Es wird also nicht ausschließlich die Schwangere responsibilisiert (vgl. Säger et al. 2013), die Entscheidungshoheit liegt im Fall potentieller Risiken durch Alter bei den Reproduktionsmediziner_innen selbst. Eva Säger et al. bezeichnen Schwangerschaft durch den Einzug des Risikokonzpts als eine „technologieabhängige und dienstleistungsbedürftige Passage“ (ebd. S. 56). Die Dienstleistungsbedürftigkeit antizipierter Schwangerschaften bei ‚Social Freezing‘ könnte, folgt man den Narrativen, darin liegen, das ‚richtige‘ Alter zu bestimmen

und zu hohes Alter zu vermeiden. Ein zu hohes Alter der Patientinnen hält Risiken bereit, die auch technologisch nicht umgangen werden können. In der Beschäftigung mit potenziellen ‚zu alten‘ Patientinnen verhandeln die Mediziner_innen hier Fragen der Verantwortung, die, wie noch zu zeigen sein wird, für sie weitere gesellschaftliche Auswirkungen haben.

Alter hält in den Verhandlungen über Höchstgrenzen Risiken bereit, die technologisch nicht minimiert werden können, so der erste Eindruck. Doch findet im Diskurs eine Differenzierung der Risiken statt. In vielen Kontexten stellt ‚Social Freezing‘ eine technologische Lösung zumindest bestimmter Probleme mit bestimmten Risiken dar.¹³⁴ Vor allem auf den untersuchten Websites zeigt sich ein Bild verschiedener Formen von Risiko:

The screenshot shows the website of 'eizellbank erlangen'. The navigation bar includes 'SOCIAL FREEZING', 'DISKURS', 'ÜBER UNS', and 'SERVICE'. A red phone icon and the number '09131 - 92 01 020' are in the top right. The main heading is 'SCHWANGERSCHAFT Ü40'. Below it, there are three columns of text:

- Left column:** 'Was früher einmal die absolute Ausnahme war, ist heute längst nicht mehr ungewöhnlich: Frauen werden erst mit 40plus schwanger. Vielfach erwarten sie in diesem Alter ihr erstes Kind. Obwohl sich das Alter der Schwangeren bereits seit Jahren immer weiter nach hinten verschiebt, gilt eine Schwangerschaft für Frauen ab 35 Jahren als Risiko-Schwangerschaft.'
- Middle column:** 'Woran liegt das? Statistisch lässt sich nachweisen, dass mit zunehmendem Alter der Schwangeren Komplikationen wie Schwangerschaftsdiabetes, Bluthochdruck oder Thromboseneigung häufiger auftreten. Ältere Frauen werden zudem etwas leichter'
- Right column:** 'übergewichtig oder chronisch krank als jüngere – was die Schwangerschaft beeinflussen kann, aber nicht muss. Vor diesen Komplikationen sind auch Frauen, die sich für Social Freezing entschieden haben, nicht gefeit. Was Frauen allerdings durch die frühzeitige Entnahme der Eizellen – am besten vor dem 35. Lebensjahr – vermindern können, ist das stark ansteigende Risiko altersbedingter genetischer Fehlbildungen sowie das ebenfalls altersabhängig sehr stark steigende Abortrisiko.'

Abb. 10 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Schwangerschaft Ü40“

In diesem Informationstext auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ wird eine gesellschaftliche Entwicklung medizinischen ‚Tatsachen‘ gegenübergestellt. Das Alter von Frauen bei der Erstgeburt steigt, während das Alter, ab dem Schwangerschaften als „Risiko-Schwangerschaften“ eingestuft werden, gleich bleibt. In Alltagssprache übersetzt wird dieses dargestellte Dilemma wieder anhand von Statistik erläutert. Es werden bereits häufig gehörte Risiken ‚späterer‘ Schwangerschaft aufgezählt, die die schwangere Frau betreffen. Als Gegensatz dazu folgen im nächsten Absatz Risiken, die das ungeborene oder geborene Kind betreffen und die, benutzt man ‚junge‘ Eizellen, kontrolliert werden können, so das Bild. Die Risiken einer ‚späten‘ Schwangerschaft können so in Risiken, die ein alternder Körper unvermeidbar be-

¹³⁴ Dies ist vor allem auf den Websites der Fall, was wieder als Werbestrategie gelesen werden kann. Doch auch hier soll der Fokus mehr darauf gelegt werden, *wie* Risiken beschrieben und Grenzen verhandelt werden.

reithält auf der einen und Risiken, die verhindert werden können auf der anderen Seite differenziert werden. Erstere tut frau, salopp gesprochen, nur sich an, während zweitere das eigene Kind betreffen würden. Jene das Kind betreffende Risiken wären in diesem Narrativ demnach technologisch vermeidbar.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel 4.1 gesehen, werden Risiken im Körper von Frauen in der Eizelle lokalisiert und beschrieben. An dieser Stelle kommt eine Differenzierung von Risiko hinzu. Unterschiedliche Substanzen des Körpers halten hier unterschiedliche Risiken bereit. Technologisch können die Risiken voneinander unterschieden und differenziert werden. Reproduktionsmedizinische „(...) Techniken isolieren Körperteile, Zellen und -partikel und bringen neue Formen geschlechtlicher Codifizierung und Inwertsetzung hervor.“ (Sänger/Rödel 2012, S. 12f.). Die alternde Eizelle wird so zum Risiko für das Ungeborene, die restlichen bei einer Schwangerschaft beteiligten Geschlechtsorgane behalten alle Risiken für den Körper der werdenden Mutter. In Bergs zuvor schon genanntem „Systembaukasten“ der Fortpflanzung (2002) werden durch technologische Eingriffe fragmentierte Körperteile in ihren Effekten biopolitisch bewertet.

Auch die Gebärmutter spielt in der Fragmentierung der Geschlechtsorgane und Substanzen eine gesonderte Rolle:

Spät schwanger werden – (k)ein Grund zur Sorge?

Während die Eierstöcke und Eizellen bereits früh an Qualität verlieren, erlaubt es die Struktur der Gebärmutter theoretisch, bis ins hohe Alter ein Kind auszutragen, sofern keine schwerwiegenden Grunderkrankungen vorliegen. **Entscheidend für eine erfolgreiche Schwangerschaft in höherem Alter ist die allgemeine körperliche Verfassung der werdenden Mutter.** Die Spermien spielen für die gesunde Entwicklung des Embryos während der Schwangerschaft ebenfalls eine Rolle. Jüngere Männer haben vitalere und gesündere Spermien als ältere.

Abb. 11 FO, Navigation: „Social Freezing“ – „Gesundheit von Kind und Mutter“

„Späte“ Schwangerschaft wird hier durch die Doppelbedeutung, die sich aus der Klammer um den Buchstaben k ergibt zur möglichen „Sorge“. Es kann Grund zur Sorge geben. Hier wird ebenso weibliches Material differenziert betrachtet und letzten Endes nach Risiken bewertet. Während Eierstöcke und Eizellen „bereits früh“ qualitativ schlechter würden, wird die Gebärmutter als altersloser Ort des Versorgens inszeniert. All der Verfall, von dem die Rede ist, scheint diesen Ort nicht zu betreffen, vorausgesetzt der ganze Körper der Frau ist gesund. Verantwortlich für die „allgemeine körperliche Verfassung“ sei die Mutter selbst. Für das Alter(n) des Materials Eierstöcke und Eizellen kann die Frau nicht verantwortlich

gemacht werden – höchstens für das ‚späte‘ Schwangerwerden –, für den Zustand ihrer Gebärmutter als Teil des aktiv alternden Körpers jedoch schon. Wie bereits gesehen, zeigt sich hier eine Zuschreibung von Verantwortung für die Optimierung des Alterns auf die Frau selbst. Sie kann ihre Eizellen einfrieren und somit für die besten Voraussetzungen für das Kind sorgen und sie kann durch einen gesunden Lebenswandel die beste Umgebung für eine Schwangerschaft schaffen.

Die Beschreibung des aktiven Alter(n)s (vgl. van Dyk/Lessenich 2009) an dieser Stelle ist eine der wenigen Stellen im Diskurs, an denen die ‚biologische Ausstattung‘ des Körpers als *selbst* beeinflussbar dargestellt wird. An anderen Stellen, an denen ‚Natur‘ als verfügbar dargestellt wird, braucht es Technologie und Expert_innen, um über Material ‚verfügen‘ zu können. Doch wird die Verantwortung hier nicht nur in die Hände von Frauen gelegt: Auch Männer beziehungsweise Sperma haben in dieser Darstellung einen Einfluss auf „die gesunde Entwicklung des Embryos“. Auch diese sind qualitativ *besser*, wenn sie ‚jünger‘ sind, weshalb auch hier in der Logik der Website besser auf eingefrorenes Material zurückgegriffen werden sollte.¹³⁵

Über Sperma wird im Diskurs, wie bereits deutlich wurde, sehr unterschiedlich gesprochen. Auf der einen Seite tauchen männliche Samenzellen als sich stets erneuernde, fast alterslose Substanzen auf, die kaum einen Anteil an chromosomalen Veränderungen tragen, weil ‚fehlerhaftes Sperma‘ nicht zur Befruchtung führe (vgl. Kapitel 4.1, S. 141). An anderen Stellen wie hier zum Beispiel werden Samenzellen

135 Auf zwei der drei untersuchten Websites werden männliche Samenzellen einmal auf gleichem Raum und einmal am Rande ebenso als verlustreich im Laufe des Alter(n)s beschrieben wie weibliche Eizellen. Der Unterschied zu Eizellen sei der, dass Sperma, wie oben gezeigt wurde, immer neu hergestellt werde und deshalb viel später als Eizellen an Qualität und Quantität verliere. Auf einer Website spielen Männer nur als abwesende Beziehungspartner eine Rolle, nicht jedoch männliches Material. Auf der teilnehmend beobachteten Veranstaltung in Barcelona wurde Sperma in einem Vortrag insofern thematisiert, als dass der risikoreiche Einfluss desgleichen hinterfragt und wissenschaftlich angezweifelt wurde. In der besichtigten Klinik und auf den anderen beiden Veranstaltungen tauchte Sperma häufig als ‚Problem‘ beim Erreichen einer Schwangerschaft auf, das reproduktionsmedizinisch und technologisch auf unterschiedliche Weisen gelöst werden kann. Im Labor tauchte Sperma als Material unter anderen Materialien auf, das gereinigt wird und für eine ‚künstliche‘ Befruchtung notwendig ist. In den Interviews, in denen explizit nach der Anwendung von ‚Social Freezing‘ bei Männern gefragt wurde, zeichneten die Mediziner_innen das Bild des sich erneuernden Spermas von Männern, die ohnehin viel später unfruchtbar würden. Die Kryokonservierung männlicher Zellen sei daher bei Männern nur im Falle einer medizinischen Indikation wie einer Krebserkrankung sinnvoll. Leider kann kein weiterer systematischer Fokus darauf gelegt werden, wie männliches im Gegensatz zu weiblichem Material verhandelt und inszeniert wird, als es vereinzelt an den jeweiligen Stellen dieser Studie geschieht. Zu Männlichkeiten in der Reproduktionsmedizin vgl. Knecht et al. 2010.

ebenso als alternd und problematisch dargestellt wie alternde Eizellen. Ausführlicher problematisiert werden im Diskurs allerdings lediglich Eizellen, die, wie bereits in Kapitel 4.1 beschrieben, Protagonistinnen des Diskurses sind.¹³⁶

In Kapitel 4.1 wird des Öfteren das Bild des Containers (Richard/Zaremba 2007) gebraucht. Es wird so zum höchst komplexen Ort verschiedener Risiken und verschiedener Zugriffs- und Eingriffsmöglichkeiten. Den verschiedenen Risiken werden nicht nur unterschiedliche Auswirkungen und Verantwortungen zugeschrieben, sondern durch den möglichen technologischen Einsatz auch unterschiedliche Temporalitäten. Während eine eingefrorene Eizelle ewig jung bleiben kann und die Gebärmutter alterslos scheint, altern die Eierstöcke unaufhörlich weiter.

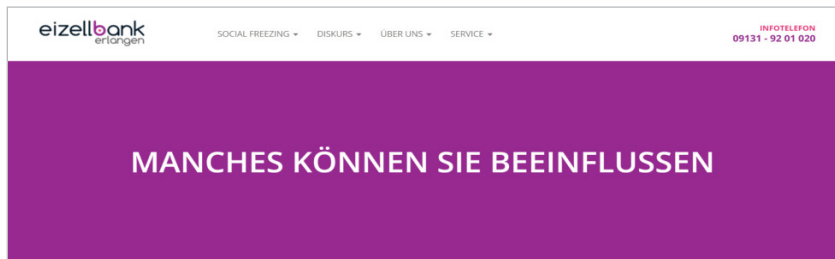


Abb. 12 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Schwangerschaft Ü40“

Ganz im Sinne der Logik differenzierten Risikos steht dieser Banner im Corporate Identity Magenta auf der Website der „Eizellbank Erlangen“, der sich als Headline am Anfang der Seite zum Reiter „Schwangerschaft Ü40“ befindet, deren Text zuvor schon analysiert wurde. Die Betrachterin wird direkt angesprochen. Sie könne „manches“ beeinflussen. Nicht *alles* kann technologisch beeinflusst werden, so weit gehen die technischen Möglichkeiten nicht. Doch „*manches*“ liegt in der Hand der Frau selbst. ‚Manches‘ sind im Kontext hier genau jene Risiken, die ein potentielles Ungeborenes betreffen würden. Manches kann die Frau tun, beispielsweise *das Beste aus sich herausholen*, darauf werde ich später noch einmal eingehen (vgl. Kapitel 6).

¹³⁶ In den Interviews wurden alle Medizner_innen danach gefragt, ob sich auch Männer zur Kryokonservierung ihrer Samenzellen entscheiden oder entscheiden sollten. Die Ergebnisse dieser Antworten werden teilweise im Verlauf der Studie dargestellt. Gemeinsam war den Antworten der Interviewten jedoch die Tendenz, die Notwendigkeit der Kryokonservierung männlicher Zellen zu negieren.

Die Technologie, die zur Vermeidung der Risiken führt, wird ebenso auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ dargestellt:



Abb. 13 EE, Navigation: „Social Freezing“ – „Verfahren“ – „Vitrifikation“

Wieder wird medizinisches beziehungsweise medizintechnisches Wissen in Alltagssprache übersetzt. Das Foto in technologisch-steriler Laborumgebung wirkt mit der Überschrift „HIER WIRD DIE ZEIT ANGEHALTEN“ wie eine Bildbeschreibung jener Tätigkeit, bei der die Betrachterin zusehen kann. Mehrere Bilder in der Slideshow zeigen das Vorgehen der Vitrifikation (vgl. Kapitel 1).¹³⁷ Beobachtet werden kann eine Frau, anhand ihrer Kleidung als Labormitarbeiterin und somit Expertin identifizierbar, die mit Pipetten, Mikroskopen, Kühlflüssigkeiten und Kesseln hantiert. Der Text neben den Bildern, der für alle Bilder in der Slideshow der gleiche ist, beschreibt das Vorgehen bei der Schockfrostung von Eizellen für die Laien verständlich, aber dennoch komplex. Die wichtige Botschaft folgt am Ende: Die „Alterung der Zellen“ könne gestoppt werden und somit auch der *risikoreiche Verlust im Körper*. Die Bildüberschrift wirkt im Gesamtkonzept wie eine Sensationsmeldung. Es ist klar, dass nicht die Zeit angehalten werden kann, jedoch die Alterung jener Teile eines Körpers, die einem potentiellen Ungeborenen Schaden zufügen könnten. Wie ein steriler, aber sicherer Ort wirkt der Kessel auf dem Bild, in den die Eizelle zum Schutz vor körperlichen Risiken gebracht werden kann. Im

¹³⁷ Dass es sich um eine Slideshow handelt, ist an den Punkten unten mittig im Bild zu erkennen. Die weiß umrandeten Punkte zeigen die möglichen anderen Seiten an, der pinkfarbene Punkt zeigt an, auf welcher der Seiten man sich aktuell befindet.

Bild wird, um noch einmal das Bild des Containers zu verwenden, ein Transfer von einem Container in den anderen dargestellt. Die Eizellen werden aus dem dunklen, geheimnisvollen und risikoreichen Container *Frau* in einen helleren, kontrollierbaren und sicheren anderen Container gebracht und dort gelagert, wo sie keinen Risiken mehr ausgesetzt sind. Die technologische Fragmentierung des Körpers bringt hier Sicherheit.

Anders als anhand technischer Ausstattung in Form von Kesseln und Mikroskopen folgt die Logik der Darstellung eingefrorener Zellen bei „Fertiprotekt an der Oper“:

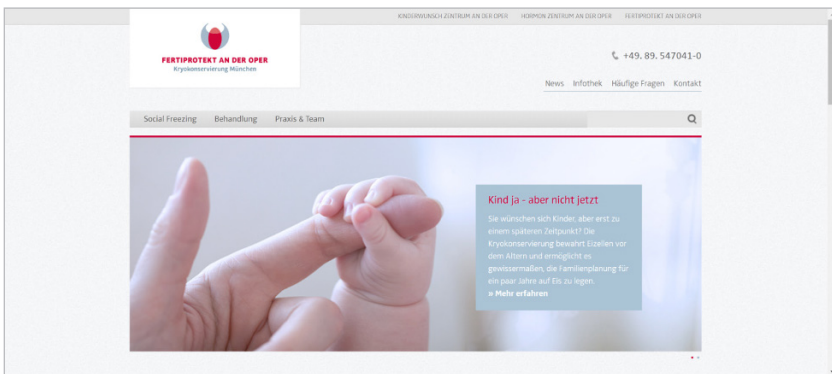


Abb. 14 FO, Navigation: „Startseite“

Zunächst möchte ich die Aufmerksamkeit auf das Gesamtkonzept dieses Ausschnittes richten und in einem zweiten Schritt den Text genauer betrachten: Gezeigt wird die Hand eines Babys, die den ausgestreckten Zeigefinger einer erwachsenen Hand umgreift. Der Hintergrund des Bildes ist verschwommen in gräulichen und bräunlichen Tönen gehalten. Selten wird ein Babys im direkten Zusammenhang mit ‚Social Freezing‘ auf den Websites dargestellt¹³⁸. Vielleicht umklammert die

¹³⁸ Auf allgemeinen Websites von Kinderwunschzentren und Kliniken sind des Öfteren Babys, Kinder oder Attribute dergleichen wie beispielsweise Rasseln, Söckchen oder Schnuller zu sehen. Auf den drei Websites, die als Material für diese Studie ausgewählt wurden, kommt insgesamt einmal die Abbildung eines Babys (vgl. Kapitel 5.1, S. 203), zwei Mal die Abbildung von Kindern ca. zwischen 8 und 12 Jahren (vgl. Kapitel 4.2, S. 174) und einmal die hier gezeigte Abbildung einer Babyhand vor. Einmal erfolgt die Abbildung eines Schnullers in einem Eiswürfel als Attribut eines Babys. Relevant

Babyhand einen diffusen Wunsch in der Zukunft, der dank Technologie nicht aufgegeben werden muss. Der Ausschnitt erweckt einen fast beruhigenden Eindruck, der vermutlich nicht nur durch die Haut und Form der Hände, sondern auch durch die hellen, klinischen Farben des Webdesigns hervorgerufen wird. Die Überschrift des Textfeldes neben der Darstellung der Hände „Kind ja – aber nicht jetzt“ erläutert das Bild wie das Bild den Text erläutert (vgl. Pauwels 2012):

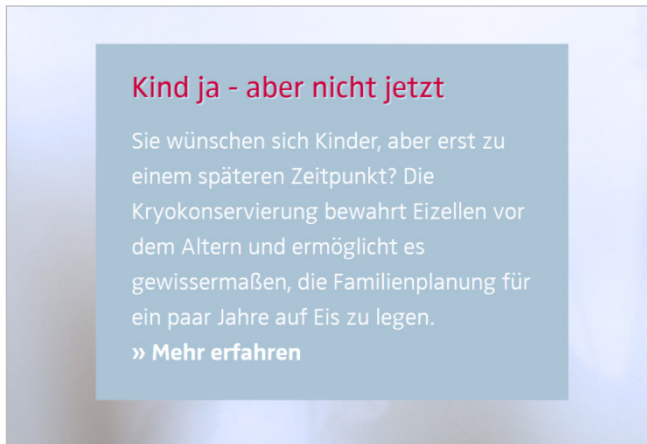


Abb. 15 FO, Navigation: „Startseite“

Auch hier wird Alter(n) als ein Zustand dargestellt, vor dem Eizellen (nun) bewahrt werden können und, kennt man die Risiken, auch werden müssen. Die Leserin wird wieder direkt angesprochen und gefragt. Wie bereits schon gesehen, sollte sich jede Frau angesprochen fühlen, die in der Zukunft einen Kinderwunsch hat. Ebenso wie in den bereits gezeigten Beispielen wird das Alter(n) zum Szenario der Bedrohung eines Kinderwunsches oder wie hier der „Familienplanung“. Diese

ist dies nur insofern, als dass sich die Häufigkeit der dargestellten Kinder und Babys deutlich von der auf Websites unterscheidet, die nicht explizit auf ‚Social Freezing‘ ausgelegt sind. Im Rahmen der Website-Analyse habe ich die Häufigkeit als „Inventar“ der Websites beobachtet und aufgenommen (vgl. Pauwels 2011, S. 576), aufgrund des fehlenden Vergleiches zu anderen Websites allerdings nicht näher verfolgt. Es bleibt jedoch zu vermuten, dass es seltener zur Darstellung von Babys und Kindern kommt, weil der Kinderwunsch nicht unmittelbar im Raum steht oder stehen soll, sondern eben erst antizipiert für die Zukunft erfolgt.

kann im doppelten Sinne des Wortes an dieser Stelle „auf Eis“ gelegt, das heißt: erhalten werden.

Wie das vorangegangene Kapitel zusammenfassend gezeigt hat, werden im Diskurs um ‚Social Freezing‘ Risiken differenziert dargestellt und verhandelt. Von der Verhandlung von Alters-Höchstgrenzen zum Wiedereinsetzen von Eizellen über das Informieren und Bewerten ‚später‘ Schwangerschaften bis zur Darstellung von Technologie, die biologische Grenzen überwinden kann, werden verschiedene Risiken in den Mittelpunkt gerückt, die teils von Frauen selbst, teils von Mediziner_innen verantwortet werden sollen oder müssen. Während Schwangerschaft im Diskurs um ‚Social Freezing‘ einzig in diesen Verhandlungen evident wird, werden im Folgenden Narrative analysiert, in denen es um Mutterschaft geht. Die Risiken betreffen hier nicht mehr den Körper einer potentiell Schwangeren oder eines potentiellen Ungeborenen, sondern auf verschiedenen Ebenen die gesamte Gesellschaft.

Antizipation ‚später‘ Mutterschaft: Risiko und Zukunft

Im Zuge der Reflexion von Altersgrenzen zum Wiedereinsetzen der Eizellen wird häufig auch die durch ‚Social Freezing‘ erzählte ermöglichte ‚späte‘ Mutterschaft antizipiert und verhandelt. Zusätzlich zu den gezeigten Risiken, die eine ‚späte‘ Schwangerschaft bereithalten kann, werden Aspekte von ‚später‘ Elternschaft verhandelt. Elternschaft wird hier nur insofern thematisiert, als dass es antizipierend um den *richtigen* Zeitpunkt für Elternschaft geht. ‚Social Freezing‘ könnte den Zeitpunkt des Elternwerdens potentiell verschieben, was Dr. Clausen zu folgender Überlegung bringt:

C: „Nur jetzt auch noch die Kontrolle über das Alter zu bekommen zu sagen ok, jetzt bin ich 35 pf will aber noch nich mit dir nich oder wie auch immer, interessiert mich nicht mach ich Social Freezing. Dann krieg ich in zehn Jahren mein Kind. Kann man auch noch weiter spinnen. Theoretisch. Schon faszinierend. Aber das hat schon äh das hat ’ne Gruseldimension.“
(Dr. C: 240–245)

Dr. Clausen reflektiert vor diesem Abschnitt Freiheiten, die für Frauen mithilfe von Reproduktionsmedizin erwachsen sind. Technologie taucht hier als Zuwachs an Autonomie und Freiheit auf, die aber in diesem Kontext fast ‚zu weit‘ zu gehen scheint. Technologisch wird durch das Einfrieren der Eizellen die Kontrolle über das Alter erobert, die Möglichkeit, mit 35 Jahren noch nicht Kinder bekommen zu müssen und die Möglichkeit, mit 35 Jahren noch nicht einen Partner zur Erfüllung eines Kinderwunsches zu haben. Dies um zehn Jahre zu verschieben scheint für

Dr. Clausen noch plausibel zu sein. Beim Gedanken daran, ‚noch‘ später als mit 45 Jahren Kinder zu bekommen, im Kontext des Narratives die „Kontrolle über das Alter“ also ‚noch‘ länger zu haben, empfindet er ‚Grusel‘. Die Möglichkeit der Technologie scheint ihn zu faszinieren, doch traut er sich fast nicht auszusprechen, was „theoretisch“ möglich wäre. Technologie bekommt eine Science-Fiction-haft anmutende „Gruseldimension“, wenn Frauen ‚zu spät‘ Mutter werden oder zu viel „Kontrolle“ besitzen. Es ist Dr. Clausen, der als Reproduktionsmediziner auch, wie anfänglich gezeigt, das Alter als „größten Feind“ bezeichnet. Hier setzt er Grenzen fest, die er nicht überschreiten möchte, weil er etwas ‚Gruseliges‘ entfesseln könnte. Um das technologische Überschreiten von Grenzen geht es auch Dr. Abels:

A: „(...) natürlich technisch gesehen würde es gehen, dass Sie das noch weiter rauszögern und die Frau dann mit 54 schwanger wird aber da muss man auch die demographische Entwicklung dann dazu überlegen was bedeutet das langfristig ja, ganz abgesehen davon wie alt ist die Frau wenn das Kind in der Pubertät is also ähm (.) find ich persönlich sehr fragwürdig. (.) Ja?“
(Dr. A: 230–235)

Dr. Abels stellt hier technische Möglichkeiten anhand ihrer gesellschaftlichen Konsequenzen in Frage. Die längerfristige „demographische Entwicklung“ scheint für sie ein Argument gegen das Ermöglichen einer Schwangerschaft bei einer 54-jährigen Frau zu sein. Was genau sie aussagen will, bleibt offen. Vielleicht meint sie damit eine gesamtgesellschaftliche Verschiebung von Elternschaft, die geschehen würde, bekämen alle Menschen mit 55 Jahren Kinder. Sich auf eine imaginäre Frau beziehend, die mit 54 Jahren schwanger wurde, gibt sie das Alter der Mutter im Verhältnis zum Alter ihres Kindes zu bedenken, wenn dies in die Pubertät komme. Die Frau wäre dann ca. 67 Jahre alt, käme das Kind mit 12 in die Pubertät. Diese Relation scheint problematisch zu sein. All diese Aspekte bezeichnet Dr. Abels als „sehr fragwürdig“. Sie möchte ihre Einschätzung jedoch nicht verallgemeinern, sondern „persönlich“ abgeben. Das In-Relation-Setzen elterlichen bzw. mütterlichen Alters mit dem Alter derer Kinder ist nicht unüblich. Dabei steht das potenziell und verhältnismäßig für ein Kind früher einsetzende Risiko zu pflegender, kranker oder toter Eltern im Vordergrund, ohne direkt angesprochen zu werden. Während oben medizinische und biologische Risiken gegen ‚späte‘ Mutterschaft ins Feld geführt wurden, sind es hier *demographische* und *biographische* Risiken, denen man Kinder nicht aussetzen sollte, so das Narrativ.

Die Argumentation verlässt an diesen Stellen die ‚medizinische‘ und bewegt sich auf eine moralische Ebene zu. Sie scheint mit Fragen und Positionierungen

einherzugehen, die aus öffentlichen Diskursen um biopolitische Arenen und Felder bekannt sind:¹³⁹

„Biopolitik¹⁴⁰ reagiert auf Grenzüberschreitungen. Sie reagiert darauf, dass Randbedingungen der menschlichen Natur, die bislang fraglos galten, weil sie jenseits unseres technischen Könnens lagen, verfügbar werden. Und sie reagiert darauf, dass kulturell verankerte Deutungen des Menschen durch konkurrierende wissenschaftliche Konzepte in Frage gestellt werden. Das Ergebnis sind moralische Kontroversen und Regulierungsdebatten, in denen es im Kern um die alte Frage geht, ob wir dürfen, was wir können“ (van den Daele 2005, S. 7)

Alter taucht hier im Gegensatz zu Diskursen um „junge Alte“ und aktives Altern (vgl. van Dyk/Lessenich 2009) in Zusammenhang mit Vorstellungen von Menschen hohen Alters auf, die potentiell krank sein oder sterben könnten. Auch für Dr. Degenhardt ist Alter mit Krankheit verbunden. Sie thematisiert körperliche und ‚soziale‘ Risiken als sichtbar schwer zu unterscheiden:

D: „Und das sind Risikoschwangerschaften und überlegen Sie sich mal wenn jemand mit 42 äh ’n Kind bekommt. Also teilweise geht man da auf Geburtsstationen oder in ein gynäkologisches Krankenhaus und da kommt irgendjemand vorbei mit ’nem dicken Bauch und Sie wissen nicht hat die ’nen Tumor und is eigentlich auf der Onkologie, oder is sie schwanger ja? Weil sie teilweise schon so alt aussehen. Das is teilweise kommen da einem erschreckende Gedanken. Wenn Sie überlegen wie alt die dann sind wenn die jemand mit 45 haben der mit 45 schwanger wird, weil die Eizellen mit 35 vielleicht eingefroren haben, wunderbar für die Patientin äh aber die is 50 wenn das Kind äh über 50 wenn das Kind in Kindergarten kommt. Das is äh schon auch äh ’n Punkt. Ja? Das verschiebt sich alles in eine in eine Richtung die von der Natur nich so vorgesehen war. Mit Auswirkungen die wir gar nicht so richtig fassen können wie das wird.“ (Dr. D: 156–166)

Bereits mit 35 Jahren werden Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften eingestuft. Dr. Degenhardts „überlegen Sie sich mal“ soll allgemein darauf hinweisen, wie viel mehr Risiken eine Schwangere sieben Jahre später mit 42 Jahren

¹³⁹ Zu Positionen der Diskussion um biopolitische Themen vgl. auch Geyer 2001.

¹⁴⁰ Wolfgang van den Daele benutzt einen etwas anderen Begriff von Biopolitik als den in dieser Studie an Foucault angelehnten, nämlich als „(...) gesellschaftliche Thematisierung und Regulierung der Anwendung moderner Naturwissenschaft und Technik (...)“ (ebd. 2005, S. 7).

ausgesetzt ist. Sie berichtet aus ihrer Erfahrung im Krankenhaus-Kontext von Frauen, die sie offenbar nicht einer konkreten medizinischen Disziplin oder einer konkreten Station im Krankenhaus zuordnen konnte. Durch das Erzählen im verallgemeinernden „Man“ und im mich ansprechenden „Sie“ hebt sie ihr Erlebnis auf eine allgemeingültige Ebene. Durch das steigende Alter von schwangeren Frauen könne man, so die Erzählung, nicht mehr klar zuordnen, was ein „dicke[r] Bauch“ zu bedeuten habe.

Die Schwangerschaft der 42-jährigen Frau, der sie im Krankenhaus begegnet, wird durch das drastisch wirkende In-Beziehung-Setzen des Embryos im Bauch der einen mit einem Tumor im Bauch der anderen, die von außen sichtbar nicht unterscheidbar sind, extrem abgewertet. Ihr kämen dabei „erschreckende Gedanken“, stellte sie eine Relation aus dem Alter der Mutter und dem Alter ihres Kindes her. ‚Erschreckend‘ scheint es für Dr. Degenhardt zu sein, wenn eine Frau, die älter als 50 Jahre ist, ein Kind hat, das in den Kindergarten kommt. Eine ontologische Begründung gibt sie ihren „erschreckenden Gedanken“, die sie nicht weiter ausführt, mit dem Rekurs auf Natur. „Die Natur“ habe das „nich so vorgesehen“. Ein Blick in die Zukunft, in der die Technologie Auswirkungen haben wird, die man sich jetzt noch nicht vorstellen könne, wirke bedrohlich. Wo sich Dr. Clausen vor zu viel weiblicher Freiheit gruselt, hat Dr. Degenhardt erschreckende Gedanken, denkt sie an ‚späte Mutterschaft‘ und deren so beschriebene gesellschaftliche oder soziale Auswirkungen. Die Unvorhersagbarkeit der „Auswirkungen“ besteht aus dem Fürchten unintendierter Nebenfolgen in einer Risikogesellschaft (vgl. Beck 1986). ‚Späte‘ Mutterschaft wird so zum gruseligen Science-Fiction-Szenario, zum Risiko, das es zu vermeiden gilt. Es wird an diesen Stellen die jeweils eigene Rolle als Mediziner_in reflektiert, die zur Unkalkulierbarkeit uninterndierter Nebenfolgen beiträgt und gleichzeitig moralische Abwertungen ‚später‘ Mutterschaft, die gesellschaftlich verbreitet sind, wiederholt.

Auch Dr. Burkhard betrachtet das Alter von Eltern in Relation zum Kind:

B: „(...) Da gibt's natürlich Limits also man muss auch das Kindeswohl denk ich schon berücksichtigen also ähm ich hätte mich geschämt ja? Wenn meine Eltern bei meinem Abitur mit 64 da anklappern ja? Ja? Hätt ich scheiße gefunden. Dann hätte ich gesagt bitte kommt nicht mit. (...)“

Das „Kindeswohl“, an das gedacht werden soll, bezieht Dr. Burkhard hier nicht etwa nur auf einen Säugling oder ein minderjähriges Kind, sondern es zieht sich fort bis zum Abitur. Er versetzt sich in die Lage dieser Person, die gerade Abitur gemacht hat und deren Eltern vermutlich zur Zeugnisvergabe „anklappern“, wofür sie sich schämen würde (diese Eltern hätten das Kind, geht man davon aus, dass es 18 Jahre

alt ist, mit 46 Jahren bekommen). Er an dieser Stelle wäre mit so alten Eltern nicht einverstanden gewesen und hätte sie lieber nicht eingeladen, als sie „anklappern“ zu lassen¹⁴¹. Dr. Burkhard reflektiert hier auch biographische, ethische und psychologische Folgen seines medizinischen Handelns und delegitimiert Technologie jenseits bestimmter Grenzen. Auch er stellt Menschen in seinem Beispiel mit 64 Jahren als krank und gebrechlich dar, sie ,klappern an‘. In anderen Kontexten ist es schwer vorstellbar, Menschen im Alter von 64 Jahren pauschal als gebrechlich zu stilisieren (vgl. Hartung 2005; van Dyk/Lessenich 2009).

Auch auf der teilnehmend beobachteten Veranstaltung in Barcelona wird des Öfteren ‚späte‘ Mutterschaft dargestellt und reflektiert:

„Eine Referentin aus Großbritannien (...) legt zum Abschluss ihres Vortrages eine Folie auf, die eine ältere Frau in einem türkisen Badeanzug mit einem Baby im Arm zeigt. Die Frau steht in einem Pool, das Baby ist unbekleidet und sie blickt das Baby liebevoll an. Das Alter der Frau lässt sich an ihren langen ergrauten Haaren errahnen und an den Falten, die sie am Körper hat. Neben dem Bild steht auf der Folie ‚Social egg freezing Doesn’t mean this is inevitable...‘ also Social Freezing bedeutet nicht, dass *das* unvermeidlich ist. Was genau an diesem Bild unvermeidbar ist, wird größtenteils den Betrachter_innen überlassen. Sie lässt das Bild kurz wirken und liest dann den Satz neben dem Bild vor. Ernst fügt sie hinzu: ‚just we can do something it doesn’t mean that we should‘ (...).“ (Protokoll BS)

Die Darstellung ‚später‘ Mutterschaft als offensichtlich ‚zu später‘ Mutterschaft erfolgt hier über das Bild einer Frau, die auf den ersten Blick und aufgrund von Sehgewohnheiten sowohl die Mutter als auch die Großmutter des Babys in ihrem Arm sein könnte.¹⁴² Die Frau hat außer ihren grauen Haaren keine sichtbar stereotypisierten Attribute wie beispielsweise Kleidung eines gewissen Stils, eine Brille, bestimmte Frisuren jenseits offener Haare, die bei der Darstellung einer ‚Oma‘ erwartet werden könnten. Diese ‚Doppeldeutigkeit‘ soll vermutlich Betrachter_innen genau darüber nachdenken lassen, dass auch im Alltag nicht unterschieden werden könnte, ob

141 Ganz im Sinne des von Cheryl Laz untersuchten Aufrufs „act your age!“ sollen diese 64-jährigen Menschen eher als Großeltern auf der Zeugnisvergabe auftauchen, statt als Eltern (vgl. ebd. 1998).

142 „DER SPIEGEL“ vom 19.04.2014 (Nr. 17) titelte mit einem Cover, das ein ganz ähnliches Motiv zeigt „Späte Eltern. Vom Kinderkriegen in der zweiten Lebenshälfte“. Auf diesem Bild ist ebenfalls eine Frau mit langen grauen Haaren zu sehen, die ein Baby auf dem Arm hält. Die Frau auf dem Cover, die der Betrachterin leicht den Rücken kehrt, ist im Gegensatz zu der im Vortrag nackt vgl. DER SPIEGEL 2014.

eine Frau Mutter oder Großmutter eines Kindes ist. Die Problematisierung dieser Verwirrung ist im Diskurs um das steigende Alter bei der Geburt des ersten Kindes in Deutschland als Argument gegen ‚späte‘ Elternschaft gängig.

Mit dem Satz „Social egg freezing Doesn’t mean this is inevitable...“, der neben dem Bild zu lesen ist, bezieht sich die Referentin klar auf eine ethische Reflexion biopolitischer Debatten, die, wie oben schon angedeutet, einen gesellschaftlich-wissenschaftlichen Paradigmen-Wandel von der forschungsleitenden Frage ‚Was können wir?‘ hin zur Frage ‚Dürfen wir, was wir können?‘ voraussetzt (van den Daele 2005; Weiß 2009). Das Narrativ des ‚*Das muss nicht sein*‘ scheint im reproduktionsmedizinischen Diskurs anschlussfähig zu sein. Die Bezeichnung „this“ für den Bildinhalt (Frau mit Kind) wirkt abwertend. Durch die Kombination aus Bild und Satz wirkt es fast so, als sei die Frau auf dem Bild ein abschreckendes Beispiel. Vielleicht ist sie die Frau, vor der sich Dr. Clausen gruselt und bei der Dr. Degenhardt erschreckende Gedanken bekommt. Die Referentin spricht noch weiter über das Thema und warnt vor falschen Vorstellungen:

„Sie [die Referentin aus Großbritannien] fordert einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Technologie und sie schließt mit der Warnung vor einem falschen Sicherheitsgefühl und falscher Hoffnung. Die letzte Folie zeigt eine ebenso ergraute Frau mit langen Haaren, deren Oberkörper zu sehen ist. Dieser ist nur mit einem prinken Tuch umhüllt. Aus dem Tuch ragt einzig ihr offensichtlich schwangerer Bauch hervor, den sie mit beiden Händen in einer Pose umklammert, die typisch ist für schwangere Bäuche. Das Alter der Frau und der Bauch, der eine Schwangerschaft anzeigen soll, sollen bei Betrachter_innen Irritationen hervorrufen, weil die beiden Merkmale augenscheinlich nicht zusammen passen.“ (Protokoll BS)

Auch mit diesem Bild möchte die Referentin Irritationen hervorrufen, diesmal eindeutiger als mit dem zuletzt beschriebenen Bild. Die Frau auf dem Bild hat, ebenso wie die Frau auf dem Bild zuvor, graue lange Haare. Sie hält sich allerdings im Gegensatz zur anderen Frau den schwangeren Bauch. Frauen, so warnt sie, sollten sich nicht in falscher Sicherheit wähnen, eine Garantie für eine so ‚späte‘ Schwangerschaft wie bei der Frau auf dem Bild zu haben. Weder eigene Eizellen noch Spenderinneneizellen (Eizellspende ist in England erlaubt) noch eingefrorene eigene und somit ‚jüngere‘ Eizellen können eine Garantie dafür sein, später schwanger zu werden. Auch hier ist die Darstellung von ‚später‘ Schwangerschaft sehr plakativ und überspitzt.



Abb. 16 Bild von Präsentation Referentin Großbritannien, Beobachtungsprotokoll BS143, ursprüngliche Quelle: Nicky Johnston/ First Response

Auf einer der untersuchten Websites im Sample, „Alles zu meiner Zeit“, taucht die Darstellung von Elternschaft uneindeutiger auf:

143 Das Bild, das in der Präsentation zu sehen war, stammt aus einer Art Aufklärungskampagne der britischen TV-Journalistin Kate Garraway, die sich als ältere Schwangere umstylen und schminken ließ, um junge Frauen zu warnen. Sie wolle darauf aufmerksam machen, dass sich junge Frauen über ihre Fruchtbarkeit und ihren Kinderwunsch Gedanken machen sollten, um nicht zu spät Mütter zu werden (vgl. Peacock 2013, The Telegraph online).



Abb. 17 AZ: „Startseite“

Die beiden Eltern, die jeweils mit Kindern abgebildet sind, sehen sehr glücklich aus. Sie lachen und werden in sehr liebevollen und spielerischen Posen gezeigt (die Mutter mit Tochter eher sanft, der Vater mit Sohn eher tollend). Die beiden Eltern sind jeweils in einem Alter zwischen Mitte 30 und Ende 40, die Kinder zwischen 8 und 12 Jahren. Es könnten somit Eltern sein, die verhältnismäßig ‚spät‘ Kinder bekommen haben oder verhältnismäßig ‚früh‘. Ihr Alter auf dieser Website ist im Vergleich zu anderen Personen anderer Websites auffällig uneindeutig inszeniert. Einzig eindeutig ist, dass die hier gezeigten Eltern nicht mehr Anfang 20 sind.

Die Frau, die von ihrer Tochter auf dem linken Bild von hinten umarmt wird, trägt einen Ring am Finger, woraus zu schließen ist, dass sie verheiratet sein soll. Sie und ihre Tochter sind weiß gekleidet und lächeln glücklich. Dabei blicken beide direkt die Betrachterin an. Die beiden sehen sich nicht nur in Augen- und Haarfarbe, sondern auch in Gesichtszügen sehr ähnlich. Der Mann liegt bäuchlings auf dem Boden und wird ebenso von seinem Sohn von hinten umarmt, der spielerisch auf seinen Rücken klettert. Vater und Sohn blicken ebenso lächelnd bis lachend die Betrachterin direkt an. Die beiden sehen sich nicht ganz so ähnlich, wie die Frau und ihre Tochter. Der Junge hat braune, der Vater blaue Augen und auch die Haarfarben unterscheiden sich. Der Vater trägt jugendlich wirkende Armbänder und ein kariertes Hemd, der Junge ein rotes Shirt.

Unter den beiden Bildern sind zwei kleine Pfeile zu sehen, ein rosafarbener in Richtung der Frau mit ihrer Tochter und der hellblaue in Richtung des Vaters mit seinem Sohn. Auch die Reiterbezeichnungen „Mutter werden“ und „Vater werden“ im oberen Menü sind rosa und hellblau gestaltet. Im Hintergrund der Website, deren aktuelles Menü mit einem weißen Hintergrund versehen ist, ist hellblau hinterlegt die Abbildung einer Eizelle und Spermien zu erkennen. Die Spermien bewegen sich auf die Eizelle zu. Im klassischen biologischen Bild von Befruchtung

schwimmen die Spermien zur Eizelle, um in sie einzudringen und sie zu befruchten (vgl. Martin 1991).

Durch den Namen der Website wird auf die Redewendung ‚alles zu seiner Zeit‘ Bezug genommen, die eine schicksalhafte, auf die Zukunft gerichtete Prognose in der Gegenwart beschreibt. Alles zu „*meiner*“ Zeit zielt nun darauf ab, dass etwas, nämlich einen Kinderwunsch in die Tat umzusetzen, später zu einer individuell festgelegten Zeit erledigt wird. Mit diesem Wortdreher wird die Entscheidung aus *seiner* (des Schicksals) Hand genommen und in die eigenen Hände gelegt.

Im Gegensatz zu den interviewten Reproduktionsmediziner_innen, die eine zu starke Abweichung von sozial institutionalisierten Lebensabläufen und der Chronologie der Lebensphasen ablehnen, wird hier damit geworben, genau dies zu tun: abzuweichen und *selbst* darüber zu entscheiden. In Kapitel 5 wird näher auf den Aspekt der selbstbestimmten Entscheidung eingegangen (vgl. vor allem Kapitel 5.2). An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass dieser herausgearbeitete Kontrast der Unterschiedlichkeit der Datenmaterialsarten geschuldet ist. Im Fall der Website handelt es sich um werbende Inhalte und im anderen Fall gehört es zur Selbstbeschreibung der interviewten Mediziner_innen, für sie moralisch fragwürdig erscheinende Aspekte kritisch zu reflektieren. In beiden Fällen ist ausschlaggebend, dass beide Standpunkte innerhalb eines Diskurses sagbar sind und beide an prominente Stränge und Figuren im Diskurs anschließen, die diesen aktuell ausmachen. Im einen Fall geht es darum, die Grenzen dessen zu überwinden, was bisher in Sachen Reproduktion möglich war, im anderen Fall geht es darum, die Grenzen dessen zu ziehen, was moralisch vertretbar und verantwortbar ist. Der Kontrast im Material spiegelt also die Widersprüchlichkeit des Diskurses.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ‚späte‘ Mutterschaft im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ sehr ambivalent auftaucht. Zum einen eröffnet die Methode reproduktive Möglichkeiten, zum anderen wird sie als Methode moralisch verwerflicher Formen der Gestaltung von Lebensläufen verhandelt, die anhand ihrer demographisch und biographisch risikoreichen Folgen diskutiert werden. Während es im Kapitel 4.1 darum ging, Grenzen der Biologie aufzuzeigen, ging es hier darum, potenziell entgrenzte Biographien zu begrenzen. Technologie steht dabei nicht nur Biologie oder Natur gegenüber, sondern, wie zuletzt gezeigt, auch ‚der Gesellschaft‘. Die ‚weibliche Biologie‘, das ging aus Kapitel 4.1 hervor, gerät auch mit ‚der Gesellschaft‘ in Konflikt. So entfalten sich in der Gegenüberstellung der Begriffe spezifische Logiken, die den Diskurs ausmachen.

Das Verhältnis der drei sich entfaltenden Verständnisse von Technologie, Biologie und Gesellschaft wird nun noch einmal nachgezeichnet und gefragt werden, wie ihre Grenzen dabei verhandelt werden.

4.3 Freeze II: über biologische, gesellschaftliche und technologische Grenzen – eine Frage des Risikos?

Malaika Rödel untersucht für den Diskurs um Präimplantationsdiagnostik (PID) in Deutschland, wie sich Vorstellungen von Geschlecht und Reproduktion darin gewandelt haben (2014). Sie schreibt:

„In der Reproduktionsmedizin wird der Frauenkörper nicht auf Ambivalenzen und Offenheiten hin ausgeleuchtet, sondern aufgrund seiner biologischen Fähigkeit zur Reproduktion (Leihmutterschaft, Eizellspende etc.) bzw. seiner Dysfunktionalität markiert, wenn er diese im Fall von einer IVF oder PID nicht von alleine ausüben kann. Gleichzeitig, und hier zeigt sich die Ambivalenz des Potenzials der Reproduktionsmedizin, bricht diese tradierte Setzungen zur Natur der Frau auf, erlaubt die Manipulation von Nachwuchs und ermöglicht mit Samen- und Eizellspende oder Leihmutterschaft neue Formen von Familien, die nicht auf die klassische heterosexuelle Kernfamilien beschränkt bleiben. Bei der Aushandlung und Bewertung der neuen genetischen und reproduktionsmedizinischen Entwicklungen schließen damit zwei Fragen nach dem Verhältnis von Natur, Technologie und Geschlecht an: Welche Vorstellungen von Natur und der Natur der Frau begleiten die Reproduktionsmedizin und inwieweit finden sich hierin Änderungen und Brüche zu tradierten Vorstellungen?“ (Rödel 2014, S. 66)

Es sind, bezogen auf den Diskurs um ‚Social Freezing‘, ähnliche Fragen, die diese Studie stellt, wobei weniger die Änderungen und Brüche als vielmehr die *Grenzziehungen* und darin die von Rödel beschriebenen *Ambivalenzen* im Vordergrund stehen. Die vergangenen zwei Kapitel haben dabei aufgezeigt, wie eine Profession, die Körper anhand ihrer Fähigkeit zur Reproduktion einstuft und bewertet, mit Grenzverschiebungen umgeht, die Technologie bewirken könnte. Im Spannungsverhältnis von biologischen Gegebenheiten, biographischen Wünschen und gesellschaftlichen Entwicklungen entfalten sich spezifische Vorstellungen und *Grenzziehungen* von *Natur* und *Technologie*. Zusätzlich zu den von Rödel für den Diskurs um PID nachgezeichneten Verständnissen von Geschlecht, kommen hier Verständnisse von Alter(n) hinzu. Die Stränge der Verhandlung laufen hier in der Idee verschiedener Risiken zusammen, die es nun noch einmal nachzuzeichnen gilt.

Weibliches Alter(n) wird im reproduktionsmedizinischen Diskurs in gängigen naturwissenschaftlichen Bildern lebenslangen Verlustes erzählt (vgl. Martin 1991; Keller 1998). Wie gezeigt wurde, entsteht das Bild des weiblichen Körpers als Container, der ein sich selbst aufbrauchendes Depot beinhaltet. Das, was im Container verbleibt, wird nicht nur kontinuierlich weniger, sondern verliert auch an Qualität. Diese weibliche Verlustgeschichte wird im Diskurs um ‚Social Freezing‘ dramatisiert und vor allem auf den Websites als von Geburt an, oder bereits vor der eigenen

Geburt beginnend, inszeniert. Die weibliche lebenslange Verlustgeschichte, und vor allem der kontinuierliche Qualitätsverlust, werden zu Wahrscheinlichkeiten, Chancen und Risiken stilisiert, die sich berechnen und in Zahlen ausdrücken lassen. Innerhalb dieser Verhandlungen werden Grenzen produziert, an denen die Fruchtbarkeit von Frauen und deren Verlust verallgemeinert werden. Ganz konkret drücken sich diese Grenzen in der Beschreibung von Altersgrenzen aus, ab welchem Zeitpunkt nicht mehr eingefroren wird oder werden sollte. Die Grenzen werden unter anderem durch das Erzählen eines hohen Materialeinsatzes legitimiert, der sich nur bei qualitativ hochwertigem Material rechne. Das entnommene Material kann erst nach der aufwendigen und mit Nebenwirkungen verbundenen Entnahme überprüft und bewertet werden. Problematisiert wird nun im Kontext der Paradoxie von ‚Social Freezing‘, dass der Verlust unbemerkt abläuft, weshalb die Frauen erst ‚zu spät‘ die Praxen aufsuchen. Die biologischen ‚Gegebenheiten‘ dieses Verlustes werden gesellschaftlichen Veränderungen und persönlichen Wünschen gegenübergestellt. Neben Altersgrenzen der Entnahme und Kryokonservierung werden antizipierend auch Alters-Höchstgrenzen zum Wiedereinsetzen kryokonservierter Eizellen besprochen. Vor allem auf den Websites werden dazu Körper fragmentiert dargestellt, deren einzelne Teile, Organe und Substanzen mit unterschiedlichen Risiken ausgestattet werden. Ziel der Inszenierung differenzierter Risiken ist es, den Sinn von ‚Social Freezing‘ darin zu beschreiben, die eigenen Eizellen vor der Alterung des Körpers ‚in Sicherheit‘ zu bringen. ‚Späte‘ Schwangerschaft wird nach dieser Differenzierung als verantwortbar dargestellt, vorausgesetzt, es werden die eigenen ‚jungen‘ Eizellen benutzt und damit Risiken, die für ein Kind entstehen könnten, minimiert. In der Verhandlung der Grenzen des Wiedereinsetzens von Eizellen werden nicht nur diese differenzierten biologischen Risiken besprochen, sondern auch vielfach die potenziellen demographischen und biographischen Auswirkungen ‚später‘ Elternschaft diskutiert, die, auf eine moralische Ebene gehoben, ebenfalls zu Risiken avancieren.

Verständnisse von Technologie und Biologie erlangen in ihrer Wechselwirkung hier für den Diskurs spezifische Bedeutung(en). Zum einen taucht Natur als Prozess auf, der im Laufe der Zeit in Form des weiblichen Fruchtbarkeitsverlustes *unerbittlich* und *unwiderruflich* voranschreitet. Zum anderen liegt Alter(n) in vielen Darstellungen *außerhalb der Verfügbarkeit* menschlicher Eingriffe. Gleichzeitig wird im Diskurs durch die Fokussierung auf die Eizelle Natur als *verfügbar* dargestellt. Biologie oder Natur tauchen im Diskurs um ‚Social Freezing‘ also, um es mit Paula-Irene Villas Worten zu sagen, zum einen re-ontologisierend und zum anderen de-ontologisierend auf (vgl. Villa 2013). Anhand der Verhandlung von (alternden) Eizellen kann dies besonders gut nachgezeichnet werden.

Was Barbara Duden über die historische Entwicklung des Embryos als Idee schreibt, kann analog zur Eizelle im Diskurs um ‚Social Freezing‘ gelesen werden:

„Ob in der Antike oder heute in ‚unterentwickelten‘ Kulturen – eine Geschichte des Ungeborenen muss damit beginnen, was Philosophen, Ärzte, Kirchenmänner, Juristen ansprechen, wenn sie über ‚Schwangerschaft‘ und ‚Foetus‘ etwas aussagen, ein anderes ‚Wissen‘ ist als das der Frauen: Die Frauen ‚wissen‘ etwas im Schwangergehen; die Diskurse von Naturkunde, Gynäkologie, Jurisprudenz und Theologie verhandeln einen körperlichen Zustand, von dem und über den Aussagen gemacht werden: die Schwangerschaft und das Werden des Kindes.“ (Duden 2002, S. 15f., Hervorhebungen im Original)

Duden unterscheidet zwischen den Begriffen des „Schwangergehen[s]“ als leibliche Erfahrung und der „Schwangerschaft“ als aus verschiedenen Disziplinen über mehrere Jahrhunderte gewordenen wissenschaftliches Wissen (ebd.). Bis ins 18. Jahrhundert konnten unterschiedliche Formen des Wissens nebeneinander existieren, „[d]ie große Transformation des Zustandes der guten Hoffnung auf ein Kind zur entitativ Schwangerschaft mit einem Foetus beginnt erst da“ (ebd. S. 18). Ab diesem Zeitpunkt konnte allmählich „der lebendige Körper epistemologisch vom ‚Ich‘“ (S. 46) getrennt werden, was dazu führen konnte, dass das leibliche Empfinden im Namen wissenschaftlich objektiven Wissens in den Hintergrund geraten konnte.

„Die Geschichte des Ungeborenen ist deshalb ein besonders privilegiertes Beispiel, um die historischen Verschiebungen zu ermessen, die mit technisch-instrumenteller Verifikation und abstrahierender Begrifflichkeit, mit Expertenspruch und Universaldefinition verbunden waren.“ (ebd. S. 47)

Die Idee des Embryos sei damit eine historische, die mit allerlei öffentlichem Interesse, politischen Eingriffen und Interventionen verbunden sei, der „Frauenleib“ werde zum „öffentliche[n] Ort“ (ebd. 2007). Mit Duden gelesen wird im Diskurs um ‚Social Freezing‘ der Frauenleib wieder zum öffentlichen Ort. Zentrum der Aufmerksamkeit, der Interventionen und des Interesses ist diesmal die Eizelle, die kontrolliert und gemanaged werden muss, über die Wissen produziert und die isoliert beschrieben wird. Die Eizelle wird als nicht sichtbares und (meist) nicht spürbares Material inszeniert, deren biologische Tücke eben darin besteht, dass ihr Verlust unbemerkt und kontinuierlich vonstatten geht.

Die Fragmentierung des Körpers, die im Diskurs vorgenommen wird, hat ihren Ursprung im ausgehenden 18. Jahrhundert. Barbara Duden zeichnet in ihrer „Geschichte unter der Haut“ nach, wie das Innere des weiblichen Körpers gegen Ende des 18. Jahrhunderts beginnend zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung und Beschreibung und damit auch Objektivierung wird (1987). Wie bereits

im vorherigen Kapitel (vgl. Kapitel 3.3) eingeführt, untersucht Ute Kalender in „Körper von Wert“ die moderne Inwertsetzung fragmentierter Körper am Beispiel bioethischer Diskurse um Stammzellforschung:

„Denn erst mit den Visualisierungstechnologien wird der Körper als ein durchlässiger, zerstückel- und fragmentierbarer denkbar: Sie haben damit den Weg für seine innere Landnahme und Inwertsetzung bereitet.“ (Kalender 2014, S. 360)

Der Inwertsetzung dieses biotechnologisch fragmentierten Körpers geht eine Bewertung der Fragmente und Substanzen voraus, die hier im Diskurs um ‚Social Freezing‘ beobachtet werden kann. Im Gegensatz zur Vorstellung eines integralen Körpers setzt sich im Lichte biopolitischer Interventionen das Bild fragmentierter Körper durch, dessen Bestandteile entnommen, behandelt und auf die zugegriffen werden kann (vgl. Lemke 2004a).

Diese Fragmentierung wirkt de-naturalisierend. Körper werden hier zum Rohstoff (vgl. Villa 2013), über den (zum *richtigen*, ‚frühen‘ Zeitpunkt) partiell verfügt werden kann. Dies wird auch an der relativ neuen Art und Weise deutlich, wie über weibliche „Eier“ gesprochen werden kann. Nie zuvor war es geläufig, weibliche Eizellen als solche isoliert zu benennen und zu beschreiben. Sie können entnommen und unabhängig vom Rest des Körpers behandelt werden. Durch das dargelegte fragmentarische Körperversständnis werden Möglichkeiten eröffnet, den biologischen Prozess des Alterns technologisch auszusetzen. Donna Haraways Konzept des Cyborgs steht sinnbildlich für diese Fragmentierung von Körpern. Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, werden durch technologische Eingriffe neue Formen körperlicher Beschreibungen und Verständnisse möglich:

„Die aktuellen Technologien der Macht intensivieren und verfeinern den Zugriff auf den Körper, indem sie das Körperinnere als neuen Interventionsraum erschließen. Körperteile und -substanzen wie Blut, Organe, Gene oder das Gehirn können vom konkreten Individuum (im Wortsinn: das Unteilbare) abgelöst und von ihm isoliert werden.“ (Lemke 2004a, S. 268)

Thomas Lemke sieht in Donna Haraways Idee von Körper als fragmentiert und offen eine Weiterentwicklung Foucaults Konzept, das angesichts neuer Technologien nicht mehr zeitgemäß erscheint.

Eben dies ist es, was im Diskurs um ‚Social Freezing‘ durch die Differenzierung von Risiken geschieht. Unterschiedliche Körperteile und -substanzen werden unterschiedlich bewertet und müssen durch das Wissen darüber unterschiedlich behandelt werden. Wie Haraway über Diskurse der Immunologie beschreibt, entstehen so Organismen:

„Körper werden demnach nicht geboren; sie werden gemacht. Ebenso wie Zeichen, Kontext und Zeit sind Körper im späten 20. Jahrhundert vollständig denaturalisiert. Anders als die Körper der Romantik bilden sie sich nicht aus internen Harmonieprinzipien und werden auch nicht wie im Realismus oder Modernismus entdeckt. Simone de Beauvoir bestand zu Recht darauf: Man wird nicht als Frau geboren [1951]. Das politisch-epistemologische Terrain der Postmoderne war nötig, um auf einem zu Beauvoir analogen Text bestehen zu können: Man wird nicht als Organismus geboren, Organismen werden gemacht; sie sind weltverändernde Konstrukte.“ (ebd. 1995b, S. 170)

Die einzelnen Teile des Organismus werden unterschiedlich mit Bedeutung versehen. Biomedizinische Körper sind, so Haraway, ohnehin schon immer Cyborgs, deren Grenzen zwischen Natur und Kultur nicht mehr eindeutig sind (ebd. 1995a). Die Darstellung einzelner Fragmente des weiblichen Körpers tritt zum einen als Eröffnung von Möglichkeiten in Erscheinung, da mithilfe von Technologie Teile des Körpers, entkoppelt von biologischen Prozessen, verfügbar sind. Gleichzeitig geht damit aber auch eine differenziertere und erhöhte Form der Responsibilisierung von Frauen einher (vgl. Sängers et al. 2013), die nun das in Alltagssprache übersetzte Wissen über ihre Eizellen haben und antizipierend für die Zukunft differenzierte Risiken minimieren sollen. Diese Zukunft bekommt als Zeithorizont, wie Niklas Luhmann es beschreibt, durch ihren Faktor des Unbekannten eine besondere Bedeutung (Luhmann 1991). Diese Bedeutung entfaltet sich in der Idee des *Risikos*, das geplant und zugerechnet werden kann. Die Biologie hält im Diskurs um ‚Social Freezing‘ unausweichliche Risiken bereit, die durch die Differenzierung jedoch unterschiedlich zu behandeln sind.¹⁴⁴

Nicht zuletzt durch diesen antizipativen Charakter von ‚Social Freezing‘, auch durch das dem Freezing inhärenten Anhalten von Zeit und den Zielen und Auswirkungen, die dem Phänomen zugeschrieben werden, sind die unterschiedlichen Temporalitäten dabei von besonderer Bedeutung.

Wie Catherine Waldby in ihrer Interviewstudie über ‚Social Freezing‘ beschreibt, offenbart das Wissen über fortschreitenden Fruchtbarkeitsverlust unterschiedliche Zeitstrukturen im Erleben der interviewten Frauen: Sie fühlen sich gleichzeitig jung, während ihre Eizellen unbemerkt altern (ebd. 2014, S. 6). Dadurch entstehen oben erwähnte Responsibilisierungen, Risiken zu minimieren. Durch das Anhal-

144 Für Ulrich Beck sind diese entstehenden Entscheidungszurechnungen innerhalb eines Individualisierungsschubs zu erklären, der neue selbst zu verantwortende Risiken hervorbringt: „In der individualisierten Gesellschaft nehmen also nicht nur, rein quantitativ betrachtet, die Risiken zu, sondern es entstehen auch qualitativ neue Formen des persönlichen Risikos: Es kommen, was zusätzlich belastend ist, auch neue Formen der ‚Schuldzuweisung‘ auf.“ (vgl. ebd. 1986: 218ff.).

ten von Zeit im Akt des Einfrierens können, wie Charis Thompsons Perspektive der ontologischen Choreographie zeigt (2005), neue Formen von Temporalitäten nachgezeichnet werden, die mit Verantwortungszuschreibungen und dem Aufschieben von Verantwortung zu tun haben. Gleichzeitig entstehen aber auch neue antizipierte Formen der Pathologisierung und Medikalisierung (vgl. Ullrich 2012). Wie Lauren Jade Martin (2010) beschreibt, wird durch ‚Social Freezing‘ eine neue ontologische Kategorie hervorgebracht, die sie „Anticipated Infertility“ nennt. Antizipierte Unfruchtbarkeit wird zum Risiko, das jeder weibliche Körper früher oder später bereithält. Eizellen werden zum Risikokapitel (Lemke 2008b), für das vorgesorgt werden muss. Mit Nikolas Rose (2001) könnte man hier neue Formen der Risikopolitik erkennen, die für alle Frauen wirksam sind und die sich sowohl aus dem Erzählen der Risiken weiblicher ‚Natur‘ entfalten, als auch durch die Verhandlung der Reproduktionsmediziner_innen, nicht notwendigerweise Technologie in Anspruch zu nehmen, sondern früher Kinder zu bekommen. Keineswegs schlagen die Reproduktionsmediziner_innen Frauen nämlich vor, alle ihre Eizellen einzufrieren. Der Aufruf lautet viel eher ihr Leben zu planen und, wie sich noch deutlicher zeigen wird, ihre eigenen natürlichen Gegebenheiten zu kennen.

An dieser Stelle ist der Diskurs re-naturalisierend. Natur wirkt hier insofern als ontologische Letztbegründung, als dass der Prozess des Alterns deterministisch beschrieben wird: die Eizellen altern, egal was getan wird. Durch das Verhandeln verallgemeinernder Altersgrenzen, Qualitäten und Quantitäten, Wahrscheinlichkeiten und unumgehbarer Risiken werden Grenzen dessen festgezogen, was biologisch *ist* und auch technologisch nicht umgangen werden kann. Wenn die Frage an das Material noch einmal lauten würde: *was kann Reproduktionsmedizin?* Die Antwort wäre: *nicht alles*. Natur taucht als deterministischer Gegenpol zu Machbarkeitsphantasien auf, vor welche sich, wie Kapitel 3 gezeigt hat, die Reproduktionsmediziner_innen gestellt sehen. Sie verhandeln deshalb weibliche Natur in ihrer Selbstbeschreibung so stark, weil sie sich an moralische Grenzen gestellt sehen, die sie nicht überwinden wollen. Zu erkennen ist das in der Verhandlung gesellschaftlicher Auswirkungen von Technologie. Wie gezeigt wurde, gibt es zu dieser Erzählung wenige Ausnahmen im Diskurs, in denen eine *gesunde* Lebensweise als potenziell eigener Beitrag in Erscheinung tritt, der die körperliche Umgebung der Eizellen bestmöglich gestalten kann. Ansonsten taucht weibliche Natur als *Schicksal* auf, das nur durch das richtige Zeit- und Lebensmanagement zu potentiell legitimen Formen technologischer Assistenz führen kann. In vielen Verhandlungen taucht das frühzeitige Kinderkriegen deshalb als die ‚wünschenswerteste‘ Lösung auf.

Zusammenfassend taucht Natur hier zwar ambivalent, aber in allen Fällen als *Taktgeberin* auf, die die Funktion der Zellen bestimmt. Ob technologisch assistiert

oder biographisch geplant, sollen die Zellen ihre ursprüngliche Funktion der Reproduktion erfüllen. An dieser Stelle ergibt sich noch eine temporale Besonderheit des Diskurses: Alles soll zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt geschehen. Entweder sollen zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt, wie Kapitel 3 gezeigt hat, Eizellen eingefroren werden, oder es soll zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt mit dem ‚richtigen‘ Partner ein Kind bekommen werden. Nur dann soll die Fortpflanzung technisch assistiert sein, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Anhand der Figuren der Patientinnen aus Kapitel 3.2 kann dies deutlich gemacht werden: Während die ‚ideale‘ Patientin ihre Natur kennt und zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt vorsorgt, ist es für die ‚tatsächliche‘ Patientin fast schon ‚zu spät‘. Sie hat ‚gegen ihre Natur‘ gehandelt und kommt nun gerade noch rechtzeitig, technologisch eingreifen lassen zu können. Die ‚unerwünschte‘ Patientin handelt ‚gegen ihre Natur‘ nicht nur deshalb, weil sie ‚zu spät‘ und auch technologisch nichts mehr zu machen ist, sondern weil sie die ‚natürliche‘ Funktion der Zellen – die *Reproduktion* – missachtet hat. Deshalb wird sie als „Loserfrau“ bezeichnet. Verloren hat sie, weil sie ‚entgegen ihrer Natur‘ gehandelt hat. Während der öffentliche Diskurs um ‚Social Freezing‘ erwarten lässt, dass die ‚Grundlage‘ von ‚Social Freezing‘ die sei, die Natur ‚auszutricksen‘, zeigt sich in der Analyse des reproduktionsmedizinischen Diskurses also ein ganz anderes Bild.

Während einerseits die Darstellung dieses Austricksens der Natur und somit des Grenzen-Eröffnens (zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt) gängig ist, werden auf der anderen Seite Grenzen der Natur festgezogen und verhärtet. In allen Verhandlungen ist dabei jedoch die Entwicklung der Eizelle als öffentlicher Ort (frei nach Duden 2007) zu beobachten. Eizellen werden behandelbar, aktivierbar und reproduktionsmedizinisch visualisiert auch sichtbar (vgl. ebd.). Das nächste Kapitel wird nun zeigen, wie den Verhandlungen von moralischen Fragen via Legitimation in ihrem Spannungsverhältnis aus Medizin und Lifestyle (Kapitel 3) und den hier nachgezeichneten Verhandlungen weiblicher Natur und Technologie (Kapitel 4) in ihren Problematisierungen mit Aufklärung als Strategie begegnet wird.

„Die Aufklärung hat nicht nur von außen her, sondern auch nach innen gewirkt. Unter Lichtzwang visualisieren wir unser Inneres und lösen dabei die Haut auf.“
(Duden 2007, S. 20)

Die Aufklärung heiligt die technologischen Mittel: Verhandlungen zwischen Medizin, Dienstleistung und Bevölkerung 5

„Giving correct information is the key in order to have women freezing their oocytes in a more appropriate age.” (Protokoll BS)

Aufklärung (In-Vivo) ist eine der wichtigsten Kernkategorien im Expert_innen-Diskurs um ‚Social Freezing‘. In jedem untersuchten reproduktionsmedizinischen Zusammenhang hat das Thema einen zentralen Stellenwert. Während in den Interviews und auf den Veranstaltungen explizit von Aufklärung und an manchen Stellen auch Beratung auf unterschiedlichen Ebenen gesprochen wird, ist es auf den Websites eher ein Thematisieren von Information und Beratung, das aber häufig nach ähnlichen Logiken funktioniert. Aus diesem Grund soll hier vereinfachend erst einmal von *Aufklärung* die Rede sein, da in diesem Begriff zwei wichtige Bedeutungsdimensionen stecken, die beobachtet werden konnten.

Eine Ebene ist die Aufklärung im medizinisch alltagsrelevanten und rechtlichen Sinne des *informed consent*, der informierten Einwilligung (hier kommen die Begriffe der Information und der Beratung ins Spiel). Der Begriff der Aufklärung wird in diesem Sinne häufig in der Verhandlung von ‚Social Freezing‘ und anderen medizinischen Kontexten verwendet, weil die Aufklärung und Information von Patient_innen über Risiken und mögliche Folgen eines Eingriffes zu den Aufgaben und Pflichten der Mediziner_innen gehört.

Die zweite Ebene die diskursiv zu Tage tritt, ist die der Aufklärung und Information als *Bevölkerungsstrategie*. Aufgeklärt wird in diesem Kontext über bestimmte ‚bevölkerungsrelevante‘ Sachverhalte wie beispielsweise Verhütung (an Schulen), Hygiene oder zur Krankheitsprävention (vgl. Rose 2001).¹⁴⁵

145 Rose zeichnet die Entwicklung ‚eugenischer‘ Maßnahmen seit dem 19. Jahrhundert nach und entwickelt darin Foucaults Begriff der Biopolitik weiter. Er geht davon aus,

Diese beiden Ebenen sind Beobachtungen, die sich aus dem Material ergeben haben. Später kommt noch ein dritter Begriff der Aufklärung hinzu, welcher der Deutung der Ergebnisse dient und aus dem die beiden Ebenen der Aufklärung begrifflich hervorgehen: der Begriff der Aufklärung als Epochenbezeichnung beziehungsweise als daraus resultierende Idee der Mündigkeit nach Kant (vgl. ebd. 1784).

Die beiden beobachteten Dimensionen weisen in ihrer Verschränkung Spezifika des Diskurses um ‚Social Freezing‘ auf, an der die Problematisierungen, die in den vergangenen zwei Kapiteln 3 und 4 nachgezeichnet wurden, zusammenlaufen. Aufklärung erfüllt auf beiden Ebenen die Funktion einer *Strategie*, die es erlaubt, mit den an ‚Social Freezing‘ geknüpften Erwartungen, Spannungsverhältnissen und der Paradoxie des ‚Social Freezing‘ umzugehen.

In Kapitel 3 wurde anhand der beobachteten Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle nachgezeichnet, dass Reproduktionsmediziner_innen an ‚Social Freezing‘ ihre eigene Profession verhandeln und sich Erwartungen ausgesetzt fühlen, die sie nicht erfüllen können. Sie handeln neue Grenzen der *Legitimation* aus, deren bisherige Verläufe durch den Dienstleistungscharakter des neuen Anwendungsbereiches der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen ins Wanken geraten sind. Dies zeigt sich unter anderem an der Abgrenzung gegenüber werbenden oder an Konsum orientierten Kolleg_innen im In- und Ausland, aber auch im Beschreiben, Zeichnen und Ablehnen von verschiedenen Patientinnen-Figuren. ‚Social Freezing‘ wird im Zuge dessen als etwas verhandelt, das vermieden werden könnte und dessen *Notwendigkeit* häufig (nicht immer) in Frage gestellt wird. Ein Grundproblem der Technologie besteht darin, dass die Patientinnen, die sich dafür interessieren, körperlich nicht (mehr) die ‚besten Voraussetzungen‘ für den Eingriff haben. Dies wurde als Paradoxie des ‚Social Freezing‘ bezeichnet.

In Kapitel 4 wurde gezeigt, dass im *Alter* der Patientinnen ein wesentlicher Kernpunkt der diskursiven Verhandlung von ‚Social Freezing‘ liegt. Ausführlich wird im Diskurs die weibliche ‚Natur‘ beschrieben und bewertet und im Lichte einer Technologie besprochen, die verspricht, den Restriktionen weiblichen ‚Verfalls‘ zu entkommen. Natur, so wurde deutlich, taucht in unterschiedlichen Formen

dass sich heutige Formen staatlicher Programme der Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich von denen des 19. und 20. Jahrhunderts unterscheiden: Of course, programmes of preventive medicine, of health promotion and health education still take, as their object, ‚the nation’s health’. Today, however, the rationale for political interest in the health of the population is no longer framed in terms of consequences of unfitness of the population as an organic whole for the struggle between nations. Instead it is posed in economic terms – the costs of ill-health in terms of days lost from work or rising insurance contributions – or moral terms – the imperative to reduce inequalities in health.“ (vgl. ebd. S.5).

und Grenzziehungen auf, einmal als ontologisch feststehende Gegebenheit und einmal als technologisch manipulierbar. Die Differenzierung von fragmentierten Körperteilen führt in jedem Fall dazu, dass Eizellen als verfügbar und manipulierbar beschrieben werden. Die Natur wird so zur *Taktgeberin* der Zellen, die deren Funktion bestimmt. Die Funktion der Reproduktion ist es, die ‚früh genug‘ oder ‚technologisch assistiert‘ eingehalten werden muss.

Während in Kapitel 3 moralische Grenzen der Reproduktionsmedizin entfaltet wurden und darin die Paradoxie des ‚Social Freezing‘ oder auch das Dilemma der ‚falschen‘ Patientin problematisiert wurde, waren es in Kapitel 4 Aushandlungen ‚biologischer‘ Grenzen des Alterns, die technologisch nicht eingeholt werden können. Auch hier wird die ‚falsche‘ Patientin problematisiert. Im Thematisieren von Aufklärung kommen nun diese beiden Stränge zusammen und führen zu einer Art *Strategie*, die ‚falsche‘ Patientin zu vermeiden.

Dem folgenden Kapitel 5 kommt daher eine gesonderte Rolle innerhalb dieser Studie zu. Es vereint noch einmal alle Stränge der bisherigen Verhandlungen und spitzt den nachgezeichneten Diskurs auf eine Figur zu: die Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin. Im Laufe des Kapitels kommt es daher zu Wiederholungen und Doppelungen dessen, was bereits in den vergangenen zwei Kapiteln besprochen wurde. Einzelne Aspekte werden dabei noch einmal aus einer anderen Perspektive beleuchtet, andere werden nicht mehr angesprochen. Bevor jedoch die unterschiedlichen Ebenen von Aufklärung, die im empirischen Material aufgetaucht sind, näher untersucht werden, möchte ich zunächst den Begriff der Aufklärung knapp in seinem medizinischen Kontext erläutern sowie einen Blick auf die darin verwobenen Konzepte der Patient_innen-Autonomie und des informed consent werfen.

Aufklärung ist im medizinischen Kontext zunächst einmal kein ungewöhnliches Thema, gehört es doch gesetzlich festgelegt zu den Pflichten medizinischen Handelns, Patient_innen aufzuklären.¹⁴⁶ Im Zentrum der Idee und gesetzlichen Festlegung einer medizinischen Aufklärung steht das *Selbstbestimmungsrecht* von Patient_innen: Im sogenannten „Patientenrechtegesetz“ wurde 2013 festgelegt und zusammenfassend geregelt, welche Rechte Patient_innen in Deutschland haben. Dazu gehört unter anderem „das Recht auf Information und Aufklärung“ (Bundesgesundheitsministerium 2017):¹⁴⁷

146 Thieme Compliance, ein Anbieter für „medizinisch und juristisch fundierte Patienten-aufklärung“, hat deshalb 2014 für das Thema „Eierstockstimulation und Eizellentnahmen zur Kryokonservierung“ einen Aufklärungsbogen entwickelt, den Ärzt_innen bestellen und benutzen können, um Patientinnen bestmöglich über Risiken, Chancen und Kosten aber auch Alternativen aufklären zu können (vgl. Thieme Compliance 2014).

147 Dem zu Grunde liegt das Verständnis, dass basierend auf dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (vgl. Parzeller et al. 2007, S.577) auch medizinische Eingriffe als

„Aufzuklären ist über Anlaß, Dringlichkeit, Umfang, Schwere typischer Risiken, Art, Folgen und mögliche Nebenwirkungen des geplanten Eingriffs, seine Heilungs- und Besserungschancen, Folgen einer Nichtbehandlung und über Behandlungsalternativen. Insoweit kommen eine Diagnoseaufklärung, eine Verlaufsaufklärung und eine Risikoaufklärung in Betracht.“ (Bundesärztekammer 2012, S. 122)

Die Idee des Rechtes auf Selbstbestimmung der Patient_innen ist verhältnismäßig ‚neu‘. Im klassischen paternalistischen Verständnis medizinischer Ethik stehen unter anderem Regeln des ärztlichen Handelns und die Fürsorgepflicht gegenüber den Patient_innen im Vordergrund:

„Vom Hippokratischen Eid bis zu den medizinethischen Ansätzen der sechziger Jahre des 20. Jahrhunderts war die medizinische Ethik vor allem eine Standes- bzw. Berufsethik, die in der Regel von Ärzten geschrieben wurde und die Ordnung der ärztlichen Profession regelte.“ (Ach/Runtenberg 2002, S. 15)

Seit den 1960er Jahren hat sich aus der traditionellen medizinischen Ethik auch im Lichte technologischer Entwicklungen eine Bioethik¹⁴⁸ entwickelt, die im Zuge des sich wandelnden Verhältnisses zwischen Ärzt_in und Patient_in die Autonomie der Patient_innen fokussiert:

„Die zentrale Stellung des Autonomieprinzips verdankt sich einer veränderten Sichtweise des Arzt-Patienten-Verhältnisses. An die Stelle einer einseitig vom Prinzip der Fürsorglichkeit (Care-Ethik) dominierten Medizinethik, die im Ergebnis zur Bevormundung oder gar Entmündigung des Patienten führen kann, tritt ein symmetrisch gedachtes Verhältnis zwischen zwei autonomen Subjekten. An die Stelle einer ärztlichen Standesethik, die man als paternalistische Verantwortungsethik bezeichnen kann tritt das Konzept einer Vertragsethik. Während nach ärztlicher Verantwortungsethik die Verantwortung für das Wohl des Patienten und therapeutische Entscheidungen ganz beim Arzt liegen, ist für die Vertragsethik die Autonomie des Patienten oberstes Prinzip.“ (Körtner 2014, S. 13)¹⁴⁹

Körperverletzung verstanden werden, die als Tatbestand durch die Einwilligung von Patient_innen umgangen werden kann: „Jeder ärztliche Heileingriff erfüllt nach der aktuellen Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung. Zu den Heileingriffen zählen nicht nur therapeutische, sondern auch diagnostische Maßnahmen. Bei der Aufklärung sind die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes, der Autonomie und der Entscheidungsfreiheit des Patienten zu berücksichtigen.“ (ebd., S. 576).

148 Zu einer ausführlichen Untersuchung des Begriffes der Bioethik vgl. Ach/Ruthenberg 2002; zur soziologischen Betrachtung der Bioethik vgl. Rothman et al. 2008.

149 Ruth L. Faden und Tom L. Beauchamp (2001 [1986]) benennen vier Prinzipien moralischer Grundsätze in der Bioethik: 1. Respect for autonomy, 2. Nonmaleficence, 3. Beneficence und 4. Justice (ebd. S. 12). Für sie sind die vier Prinzipien in der modernen

Die tragende Rolle der Bioethik in der Medizin wird häufig als Antwort auf Fortschritte im Bereich der Biotechnologie verstanden:

“In their endeavours to make sense of and find guidance about how best to respond to the challenges posed by biotechnologies, many authorities and citizens have looked to bioethics.” (Petersen 2011, S. 1)

Mit einer Entgrenzung der Medizin, die „(...) einen Transformationsprozess des medizinischen Feldes“ auslöst, „der aufs Engste damit verknüpft ist, dass die Grenzen medizinischen Handelns sowie des medizinischen Gegenstands- und Zuständigkeitsbereichs unscharf und uneindeutig werden oder sich sogar ganz auflösen“ (Wehling/Viehöver 2011 S. 9), kann Bioethik als Produzentin von Entscheidungshilfen und Orientierungsmustern neuer Legitimationen im Medizinischen gelesen werden.

In der medizinischen Praxis liefert die Bioethik Antworten auf viele der Fragen und Unsicherheiten, die sich aus neuen Möglichkeiten der Biotechnologie ergeben:

“Bioethics concepts and principles (...) have served as a tool of governance, in helping to engender consent and legitimacy for the development of technologies that involve many uncertainties, including the nature and timing of specific applications, the benefits, the biopsychological risks and other dangers (e.g. new pernicious forms of surveillance, the reinforcement of inequalities), and the social responses.” (Petersen 2011, S. 2)

Konkret zeigt sich das Selbstbestimmungsrecht in der Praxis in Form des sogenannten ‚informed consent‘, der informierten Einwilligung von Patient_innen zu einem Eingriff.¹⁵⁰

Medizin im Gegensatz zu Ulrich H.J. Körtner's Einschätzung des Autonomieprinzips in einer „zentralen Stellung“ ausgeglichen, während in früheren Zeiten die Prinzipien 3 (Nicht-Schaden) und 4 (Fürsorge) überwogen. Dies bedeutet, dass im Zweifelsfall im Namen des Nicht-Schadens und der Fürsorge gegen potentiell widersprechende Willen von Patient_innen entschieden wurde.

150 Der „informed consent“ regelt die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen: „Üblicherweise ist dem Patient als medizinischem Laien eine Einwilligung nur möglich, wenn er die maßgeblichen Umstände, Modalitäten und Risiken des vorgesehenen ärztlichen Eingriffs kennt. (...) Der Patient muss sich nach seinem individuellen Erwartungshorizont neben den Erfolgschancen auch über Fehlschläge und Risiken im Klaren sein, sogenannter „Informed consent“. Deshalb ist nicht nur eine sorgfältige Behandlung, sondern auch die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten maßgebliche Verhaltenspflicht des Arztes.“ (BGH NJW 1981, 1320 [1320 ff.] zitiert in Parzeller et al. 2017, S. 577). Zur Geschichte und Theorie des informed consent siehe Faden/Beauchamp 1986.

“Since the Nuremberg trials, which presented horrifying accounts of medical experimentation in concentration camps, consent has been at the forefront of biomedical ethics. The term informed consent did not appear until a decade after these trials (held in the late 1940s), and it did not receive detailed examination until the early 1970s. In recent years, the focus has shifted from the physician’s or researcher’s obligation to disclosure information to the quality of a patient’s or subject’s understanding and consent. The forces behind this shift of emphasis were autonomy-driven.” (Beauchamp/Childress 2001, S. 77)

Das Aufkommen einer Idee der Autonomie-geleiteten Einwilligung ist als historischer Prozess zu betrachten. Autonom entscheidende Patient_innen werden nun angesprochen, informiert eingewilligt selbst über einen Eingriff entscheiden zu können. Der Begriff des aufzuklärenden oder aufgeklärten Subjektes, das mündig selbst entscheiden kann, ist dabei ebenso historisch zu betrachten:

„Die Auffassung, dass es überhaupt so etwas wie eigenständige und autonome Individuen (und damit etwas ‚Unteilbares‘ wie Individualität) gebe, ist eine moderne Erfindung. Sie beruht auf einem Kernglauben der Aufklärung, der Mensch sei für sein Leben selbst verantwortlich und habe dieses in die eigenen Hände zu nehmen und zu gestalten. (...) Diese Verlagerung der Verantwortung weg von Gott und Schicksal hin zum Individuum selbst war – das ist in diesem Zusammenhang entscheidend – nicht nur eine kognitive.“ (Degele 2008, S. 68)

Wenn Mediziner_innen wie hier im Material nun von *Aufklärung* sprechen, beziehen sie sich implizit auch auf dieses *historisch gewordene* spezifische Verständnis und die oben benannte dritte Ebene der Aufklärung als Idee mündiger Subjekte.

Kapitel 5 zeichnet im Folgenden nun nach, wie sich Aufklärung als *Strategie* auf zwei Ebenen entfaltet. Die erste Ebene ist die der (medizinischen) Aufklärung in der reproduktionsmedizinisch alltagsrelevanten Logik des informed consent (5.1). Diese tritt sehr häufig in einer Form auf, die den vielleicht nüchtern vermuteten Akt einer medizinischen Aufklärung übersteigt, weil sie hier beobachtet als *Ab-schreckung* der ‚falschen‘ Patientin dient. Dem voraus geht die nun schon bekannte Problematisierung der ‚zu alten‘ Patientin, die von Expert_innen im Bereich der Reproduktionsmedizin aufgeklärt werden muss, weil sie zu wenig weiß. Dabei wird sowohl medizinische Aufklärung relevant, die über Chancen und Risiken informiert als auch das Nicht-Wissen biologischer Grenzen verhandelt. Darüber hinaus wird gefragt, woher die falschen Vorstellungen von einer ‚zu alten‘ Patientin kommen.

Auf der zweiten Ebene sind Narrative von Aufklärung zu beobachten, bei denen Aufklärung den Bereich des informed consent verlässt und sich auf die Aufklärung der Bevölkerung, junger Frauen oder anderer Mediziner_innen bezieht und reproduktives Unwissen beseitigen soll (5.2). Dabei werden verschiedene aufzuklärende

Akteure und Orte der Aufklärung verhandelt. Alles läuft hier darauf hinaus, dass die Ärzt_innen nur zu dem Zwecke aufklären wollen/sollen, der Frau zu einer informierten und selbstständigen Entscheidung zu verhelfen und damit die ‚ideale‘ Patientin oder auch ‚aufgeklärte‘ Frau zu erreichen. Sie taucht als Figur auf, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen *darf* und die weder zu wenig weiß, noch zu viel erwartet: sie weiß Bescheid, ist aufgeklärt und kann deshalb selbstbestimmte Entscheidungen treffen.

Schließlich wird anhand einer Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin (vgl. Graumann 2004) noch einmal nachgezeichnet, wie sich die Thematisierung von Aufklärung entfaltet und welcher Logik sie im Diskurs folgt (5.3).

5.1 Aufklärung als informed consent: keine ‚falschen Hoffnungen‘ einfrieren

B: „Also es kommt sicherlich ein zwei Patienten in der Woche ja? mit der Frage des Social Freezings, ähm die Aufklärung findet immer relativ radikal statt ja? Dass die sich des wirklich deutlich überlegen sollen, (...)“ (Dr. B: 722–724)

Dr. Burkhard beantwortet hier im Interview die Frage, wie ‚Social Freezing‘ in seinem Praxisalltag für ihn relevant wird. Er beschreibt die Aufklärung der ein bis zwei Patientinnen, die seine Klinik pro Woche aufsuchen, als „radikal“. Ein Begriff, der vielleicht im ersten Moment in Bezug auf Aufklärung kontraintuitiv wirkt. Etwas, das „radikal“ ist, ist extrem, nachhaltig, heftig, kompromisslos und intensiv. Die Patientin, die von ihm so „radikal“ aufgeklärt werden muss, muss vielleicht von einer Idee abgebracht, beziehungsweise vom Gegenteil überzeugt werden. Sie solle sich eine Behandlung „deutlich überlegen“, ist der Inhalt der Aufklärung durch Dr. Burkhard, was darauf hindeutet, dass die Patientin am Ende zwar selbst darüber entscheiden kann, ihre Eizellen entnehmen und kryokonservieren zu lassen, zu dieser Entscheidung aber womöglich nicht die ‚richtigen‘ Informationen hat. In der Formulierung wird klar, dass Dr. Burkhard weiß, wie die Patientin sich entscheiden sollte. Sie solle es sich „deutlich überlegen“ sagt aus, dass es keine gute Entscheidung wäre, ‚Social Freezing‘ durchführen zu lassen. Aufgeklärt werden muss sie dennoch „radikal“, denn diese Patientin hat vermutlich ‚falsche Vorstellungen‘. Diese ‚falschen Vorstellungen‘ sind es, die im Laufe der Studie als Motiv schon häufig aufgetaucht sind und nun näher betrachtet werden sollen. Dieser kurze Ausschnitt zeigt bereits Teile des Spannungsverhältnisses, das sich aus Patient_innen-Autonomie, informed consent, Bioethik und medizinischem

‚Wissen‘ aufspannt und für das Aufklärung als Strategie entwirrend wirken soll. Am Ende steht das Ideal der autonom entscheidenden Patientin/Kundin, die ‚für sich selbst‘ ‚richtig‘ entscheidet.

In zwei Schritten wird nun nachgezeichnet, wie sich Aufklärung als Strategie gegen ‚falsche‘ Patientinnen entfaltet. Dazu werden zum einen Erzählungen der Aufklärung über Chancen und Risiken betrachtet, die mehr einer Abschreckung ‚falscher‘ Patientinnen gleicht, als der Aufklärung im Rahmen des informed consent. Zum anderen werden Narrative dargestellt, die sich mit den falschen Vorstellungen auseinandersetzen, mit denen ‚falsche‘ Patientinnen an die Reproduktionsmediziner_innen herantreten. Darin wird einerseits von reproduktivem Unwissen erzählt und andererseits gefragt, wo dieses Unwissen herkommt, das zur Folge hat, dass Frauen ‚zu spät‘ die Praxen und Kliniken aufsuchen: Sie überschätzen ihre Fruchtbarkeit.

Daraus ergibt sich die Erzählung von Möglichkeiten der Beseitigung des Unwissens durch die Aufklärung der Bevölkerung an unterschiedlichen Orten, die autonom entscheidende ‚junge‘ Frauen zur Folge hätte (Kapitel 5.2).

Aufklärung als Abschreckung: über Chancen und Risiken

F: „Für mich is es ethisch legitim die Methode durchzuführen, aus den privaten Gründen der Frau, Eizellen einzufrieren. Und die Rahmenbedingungen die ich mir vorstelle damit das so ist, die beinhalten einmal dass sie ordnungsgemäß aufgeklärt werden muss, über die Risiken und die Chancen der Therapie, also informed consent sozusagen nennt man das; (...).“ (Dr. F: 117–121)

Legitim ist „die Methode“ des ‚Social Freezing‘ hier im Interview für Dr. Faller erst einmal nur aus „privaten Gründen“. Nicht-private Gründe im Gegensatz dazu wären, das wird zuvor im Interview deutlich, für sie mögliche ökonomische Interessen von Arbeitgeber_innen wie die im Falle des Angebots von Apple und Facebook, den Mitarbeiterinnen das Einfrieren ihrer Eizellen zu bezahlen (vgl. Kapitel 3.1). Sind diese „privaten“ Gründe gegeben, ist die Legitimation von ‚Social Freezing‘ für Dr. Faller von Rahmenbedingungen abhängig, zu denen informed consent, also die informierte Einwilligung der Frauen auf Basis „ordnungsgemäß(er)“ Aufklärung gehört.¹⁵¹ Sie nennt hier klare Kriterien für die Legitimität von ‚Social Freezing‘, die aus der standesrechtlichen Berufsordnung für deutsche Ärztinnen und Ärzte und den Empfehlungen der Bundesärztekammer hervorgehen (Marckmann/Bor-

151 Weiter zählen für sie die Verwendung von Technik, die möglichst risikoarm ist und das Abwägen der Risiken, die eine ‚späte‘ Schwangerschaft‘ auf Mutter und Kind bereithalten könnte dazu (Dr. F: 121–136).

muth 2012, S. 98). Hier werden *Motive*, von denen im Zusammenhang von ‚Social Freezing‘ die Rede ist, nicht in medizinische und nicht-medizinische aufgeteilt, sondern in *privat* und vermutlich als Gegensatz dazu nicht-privat/öffentlich. Vielleicht ist auch die Entscheidung der Frau privat und nicht öffentlich, ‚Social Freezing‘ durchzuführen, sofern sie aufgeklärt ist und informiert eingewilligt hat. Die informierte Entscheidung scheint hier umso wichtiger zu sein, als sie ohne medizinische Indikation entschieden werden muss. Dazu muss die Frau in Dr. Abels Beispiel alle dazu nötigen Informationen haben. Die Frau kennt Risiken und Chancen und hat sich selbst zu einem Eingriff entschieden. Dies ist als eine Art ‚Idealfall‘ zu verstehen, den Dr. Faller beschreibt, um zu zeigen, wann ‚Social Freezing‘ für sie „ethisch legitim“ sei.

Über die ethische Legitimation im Zusammenhang mit *Aufklärung* denkt auch Dr. Burkhard nach:

B: „Was ist noch anständig, wie viele wie ist die Beratungssituation wie klären wir Patienten auf, auch über die Risiken über die Wahrscheinlichkeiten bis zu welchem Alter kann man guten Gewissens überhaupt was anbieten und wie muss die Aufklärung sein ja? Also mehr diese fachlichen Geschichten.“
(Dr. B: 185–189)

Dr. Burkhard's „fachliche“ Frage danach, was „noch anständig“ sei, wurde im Kern bereits vor allem in Kapitel 3.1 ausgeführt. Es geht hier um die Kommerzialisierung der Reproduktionsmedizin und darum, was in seinen Augen ‚seriös‘ sei und was den Bereich dessen verlasse. *Unanständig* wäre es in dieser Logik für ihn, Werbung zu schalten und ‚falsche Vorstellungen‘ davon zu verbreiten, was Technologie leisten kann, das hat Kapitel 3 gezeigt. Die Frage, wie Patientinnen aufgeklärt oder auch beraten werden müssen, beschäftigt ihn hier. Wieder geht es um Fragen von Altersgrenzen (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2) und auch hier werden moralische Fragen verhandelt. Dr. Burkhard möchte „guten Gewissens“ handeln und reproduktionsmedizinische Maßnahmen anbieten. Die Frage danach, *wie* die Aufklärung sein „muss“, lässt erahnen, dass Aufklärung über Risiken und Wahrscheinlichkeiten unterschiedlich ausfallen kann.

Wie ebenso bereits in Kapitel 3 gesehen, spricht auch Dr. Faller im Kontext der Aufklärung über die Paradoxie der ‚zu alten‘ Patientin. Sie bringt im Laufe des Interviews ethische Legitimität und praktische Realität in Verbindung:

F: „Aber es sind ja nun in der Praxis eher die 35 plus Frauen die den Gedanken haben wenn jetzt in den nächsten zwei Jahren keiner kommt was passiert dann und die dann den Wunsch verspüren Social Freezing durchzuführen

und da muss man nicht allen aber doch ähm ordentlich aufklären wie die Chancen aussehen schwanger zu werden. Und die sind nun mal sehr viel geringer wenn man zum Zeitpunkt der Einfrierung bereits über 35 is.“ (Dr. F: 169–174)

Die Theorie, in der Dr. Faller oben (S. 190) die informiert einwilligende Frau beschreibt, hat, so macht dieses Zitat deutlich, Einschränkungen, die in der Praxis auftauchen. Die Chancen, mit den eingefrorenen Eizellen später Erfolge erzielen zu können, seien für die Frauen, die in den Praxen auftauchen geringer, weil sie über 35 Jahre alt seien (vgl. Kapitel 4). Gradmesser ist auch hier antizipierter Erfolg mit dem eingefrorenen Material. Aufgeklärt werden muss hier noch einmal intensiver oder „ordentlich(er)“ als bei jüngeren Patientinnen. Das Konzept des informed consent lässt erst einmal nicht erahnen, dass dem eine steigbare Größe innewohnt. Hier steigert sich mit dem Alter die Intensität der Aufklärung. Alle Patientinnen müssen aufgeklärt werden und eine informierte Entscheidung treffen können, „35 plus Frauen“ müssen „aber doch (...) ordentlich“ aufgeklärt werden. Der abgebrochene Teil des Satzes „und da muss man nicht allen aber“ kann entweder darauf hinweisen, dass Dr. Faller sagen wollte, man müsse nicht *alle* Frauen aufklären oder man müsse nicht alle Frauen *ordentlich* aufklären und ihnen mitteilen, dass die Chancen auf eine Schwangerschaft mit steigendem Alter sinken. In beiden Fällen wird klar, dass es unterschiedliche Formen oder Intensitäten der Aufklärung in den Erzählungen der Mediziner_innen gibt (vgl. Damm 2009, S. 186). Diese unterschiedlichen Intensitäten sind zunächst einmal keine Besonderheit:

„Eindeutigkeitsverluste in der Indikation führen zu einem Bedeutungszuwachs der informationellen Dimension im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses. In dem Maße, in dem die Orientierungskraft der Indikation als im Ausgangspunkt objektiver fachwissenschaftlicher Steuerungsgröße relativiert erscheint, kommt es zu einer Aufwertung subjektiver Patientenorientierung im Entscheidungsprozess.“ (Damm 2009, S. 187)

Wenn die Chancen auf eine Schwangerschaft sinken und die Risiken für Komplikationen steigen, hat die entscheidende Person, die Patientin, mehr abzuwägen und eine größere Verantwortung, die in der Entscheidung liegt (vgl. Samerski/Henkel 2015). Durch die Responsibilisierung von Patientinnen, sind sie es, die ihre eigenen „[p]robabilistische[n] Risiken“ (ebd., S. 86) kennen und berechnen müssen (vgl. Kapitel 4). Dies kann ein Grund dafür sein, dass Aufklärung mehr oder weniger intensiv ausfallen kann. Die Besonderheit im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist nicht dass, sondern *wie* über die Intensität von Aufklärung gesprochen wird.

Auch Dr. Abels thematisiert Aufklärung im Zusammenhang mit Alter während sie über die Relevanz von Social Freezing in ihrem Praxisalltag berichtet:

A: „Die [Frauen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren] lassen sich beraten, (.) und ich würd mal schätzen ’n Drittel setzt das Vorhaben tatsächlich um, und äh die anderen zwei Drittel äh realisieren das [die Behandlung] nicht oder lassen sich entsprechend aufklären dass es eigentlich schon zu spät ist ne, weil sie eben 40 sind oder 39 sind äh und verlassen diesen Gedanken wieder versuchen es dann auf andere Weise oder das Thema ganz bleiben zu lassen (...).“ (Dr. A: 175–179)

Dr. Abels antwortet hier auf die Frage, wie viele Menschen sich für ‚Social Freezing‘ interessieren, wie viele Frauen „sich beraten“ lassen¹⁵² und wie viele ihre Eizellen kryokonservieren lassen. Hier sind zwei Drittel der Frauen, die keine Behandlung durchführen lassen die Teilmenge, die aufgeklärt werden muss, weil es „*eigentlich* schon zu spät ist“. Der Begriff *eigentlich* relativiert das „zu spät“ noch einmal. Die Wirkungskraft der Aufklärung über das „zu spät“-Sein kann so weit gehen, dass manche der Frauen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren „das Thema ganz bleiben“ lassen, das heißt ihren Kinderwunsch nicht (mehr) realisieren. Aufklären klingt im Kontext dieses Zitates danach, als ließen sich die Frauen dazu überreden, die Behandlung nicht durchführen zu lassen, weil „es eigentlich schon zu spät ist“. Aufklärung bekommt hier die Bedeutungsebene des Überredens.

Ein wenig intensiver als Dr. Abels formuliert es Dr. Burkhard:

B: „(...) 2008 2009 ähm 2010 2011 also noch mehr als dann diese andere Praxis die Werbung anfang zu machen, da kamen Frauen mit 38 39 40 41 zu uns und bekamen halt Aufklärungen die sich so gewaschen hatten, ja? Über die geringen Chancen dass eben nur noch ein kleiner Teil sagen wir mal allenfalls ein Drittel gesagt hat ok ich mach des und ich mach es auch nochmal, ja?“ (Dr. B: 245–249)

152 Beratung als Begriff wird hier und in den meisten anderen untersuchten reproduktionsmedizinischen Kontexten für die Gespräche, die *vor* einem möglichen Eingriff stattfinden, benutzt, die der Klärung der Frage dienen, ob ‚Social Freezing‘ in Frage kommt. Häufig wird dabei der Begriff der Aufklärung gleichbedeutend benutzt, um die Ebene des *Abratens von* zu beschreiben. Eine Analyse des Begriffes der Beratung im Kontext von Aufklärung würde zu weit führen. Zum Thema „Beratung als „soziale Technologie der Subjektivierung“ siehe Boris Traue 2010.

Dr. Burkhard erinnert sich hier an die ersten Jahre der Aufmerksamkeit für ‚Social Freezing‘, als Ausgangspunkt nennt er die Werbung einer anderen Praxis.¹⁵³ Aufklärung scheint ebenso einen Wert zu haben, der sich steigern lässt, wie in den anderen Zitaten. Die Intensität der Aufklärung scheint auch hier mit dem Alter zu korrelieren, weil er explizit die Altersspanne zwischen 38 und 41 Jahren nennt. Die Frauen damals wurden von ihm darüber aufgeklärt, wie gering die Chancen seien und ließen sich damit größtenteils von einer Behandlung abbringen. Auch er nennt den gleichen Anteil von Frauen, die sich interessieren und die Behandlung dann nicht durchführen lassen wie Dr. Abels: zwei Drittel. Das Nicht-weiter-Handeln von zwei Dritteln der aufgeklärten Frauen wird als Auswirkung seiner Aufklärung beschrieben. Zudem ist die Formulierung der Aufklärung, „die sich so gewaschen“ hat besonders bemerkenswert. Etwas, das sich gewaschen hat, soll assoziativ ausdrücken, dass etwas scharf, eindrucksvoll und wütend formuliert ist und erinnert eher an eine Ohrfeige als an den sachlich vermuteten Akt einer medizinischen Aufklärung. Durch das Wort „so“ steigert er den Ausdruck noch einmal, der zur Beschreibung von Aufklärungen als „radikal“ im Zitat zu Beginn des Kapitels passt. Auch hier erscheint Aufklärung als etwas, das je nach Alter der sich interessierenden Frau stärker oder weniger stark auszufallen hat. Die Frauen, von denen er hier spricht, sind, wie in Kapitel 3.1 gesehen, den ‚falschen Versprechungen‘ der Werbung anderer Kolleg_innen, salopp gesagt, auf den Leim gegangen. Dr. Burkhard kennt ‚die Wahrheit‘ über die geringen Chancen einer Schwangerschaft und muss die Frauen, die selbst entscheiden müssen, darüber aufklären. Fast klingt es so, als würden die Frauen von ihm dafür Ärger bekommen, nichts über die geringen Chancen zu wissen und zu erwarten, dass Dr. Burkhard ihnen helfen könne. Wieder ist hier der hohe Grad an Emotionalität zu erkennen, der sich durch das gesamte Material zieht. Wieder klingt es so, als sehen sich die Reproduktionsmediziner_innen hier falschen Erwartungen ausgesetzt, die sie nicht erfüllen können oder wollen, deren Ausgang zu ungewiss ist. Bereits hier wird deutlich, was ich mit Aufklärung als *Strategie* meine. Das Überreden hat die Funktion, die Frauen selbst dazu zu bringen, sich gegen eine Behandlung zu entscheiden, die mit Risiken und niedrigen Erfolgsaussichten verbunden ist. Entscheidet sich eine Patientin doch dafür, liegt die Verantwortung ganz bei ihr selbst.

Es entsteht hier im Sinne der in Kapitel 3 nachgezeichneten Patientinnen-Figuren eine Art ‚zu späte‘ ‚tatsächliche‘ Patientin, die abgeschreckt von der Aufklärung keine Patientin wird. Sie soll sich zu ihrem eigenen Wohl nicht für die Technologie interessieren, weil sie schlechte Chancen auf ein eigenes Kind haben wird. Es

153 Zur Bewertung von Werbung seitens der Reproduktionsmediziner_innen siehe Kapitel 3.2.

handelt sich um eine Patientin, die schon Jahre zuvor eine Patientin hätte werden sollen und deshalb heute keine mehr sein kann. Zum jetzigen Zeitpunkt kann dieser Patientin nicht mehr geholfen werden.

Dr. Abels möchte Patientinnen, die solche Aufklärungen brauchen lieber nicht behandeln:

A: „(...) wir sträuben uns tatsächlich sehr dagegen jetzt auch äh die Patientin mit 40 da noch ähm (.) ja dahingehend zu beraten dass wir jetzt wirklich einfrieren. Ja also wenn die das dezidiert will und äh de facto wirklich knallhart aufgeklärt ist dann mag es möglich sein aber eigentlich is für uns der Idealpatient so bis 35.“ (Dr. A: 59–63)

Der sehr starke Begriff des Sich-Sträubens deutet darauf hin, dass die *Beratung* der Patientin für Dr. Abels einen zentralen Stellenwert einnimmt. Sie geht davon aus, dass sie (und ihre Kolleg_innen: „wir“) durch ihre *Beratung* etwas erreichen und Patientinnen beeinflussen können, sonst müssten sie sich nicht dagegen sträuben. Es klingt, als werde von ihr erwartet, dass sie die ‚zu alte‘ Patientin dahingehend beraten solle, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Auch zeigt der Begriff des Sich-Sträubens eine Haltung starker Ablehnung gegenüber der Behandlung der „Patientin mit 40“, die für Dr. Abels ‚zu alt‘ ist, das heißt ihre Eizellen qualitativ nicht mehr ‚gut‘ genug sind, sie zu kryokonservieren, um später erfolgreich eine Schwangerschaft erreichen zu können (vgl. Kapitel 4). „Knallhart“ muss eine Patientin aufgeklärt sein, um von Dr. Abels auch im Alter von 40 Jahren doch „dahingehend“ beraten zu werden, ihre unbefruchteten Eizellen einfrieren zu lassen.¹⁵⁴ Auch hier zeigen sich Steigerungen im Grad der Aufklärung oder Beratung. „Knallhart“ hat die Konnotation von unerbittlich und schonungslos und passt zu den oben von Dr. Burkhard gebrauchten Begriffen der „radikalen“ und sich „so gewaschen[en]“ Aufklärungen. Wieder taucht „der Idealpatient“ (diesmal im generischen Maskulinum) auf, um zu beschreiben, wer lieber nicht behandelt wird. Eine Frau mit 40 Jahren muss sie (als Ärztin) dazu überreden, behandelt zu werden und eine Behandlung „mag (...) möglich sein“, wenn die Frau mit all den gegebenen Informationen darauf bestehe. Lieber wäre es Dr. Abels, wären die Patientinnen unter 35 Jahren. Wieder zeigt sich das eigenartige Spannungsverhältnis aus Beratung oder Aufklärung, die deshalb der *Abschreckung* dienen muss, weil die Frauen selbst entscheiden können, ob sie eine Behandlung durchführen lassen wollen oder nicht. Die Reproduktionsmedi-

154 „Knallhart“ beschreibt Dr. Abels auch die Diskussion mit einer Patientin darüber, welchen Risiken sie sich aussetze, ohne ein „Problem“ zu haben, also ohne krank zu sein (vgl. Kapitel 3.1, S. 66).

ziner_innen betonen die Patient_innen-Autonomie damit stark – die Entscheidung liege bei den Patientinnen – und inszenieren sich selbst gleichzeitig als diejenigen, die als Einzige alle Informationen für die ‚richtige‘ Entscheidung kennen.

Dr. Burkhard habe ich im Interview gefragt, wie er damit umgehe, wenn eine Frau, die er für ‚zu alt‘ hält, trotz seiner Aufklärung behandelt werden möchte:

B: „Das machen wir aber nur wenn wir sehen also dass dann nehm ich auch bestimmte Blutwerte ab ich möchte wissen ich mach natürlich ’nen Ultraschall ich möchte wissen wie viele antrale Follikel sind da, wie gut ist die Chance Sie kriegen auch ’ne klare Aufklärung ((klopft im Takt seiner Worte mit der Hand auf den Tisch)) was ich erwarten kann und äh was sie eigentlich brauchen ja? Um schwanger zu werden und viele lassen sich dann doch davon abschrecken ja? Ja?“ (Dr. B: 289–294)

Er benutzt hier die medizinischen, durch Blutabnahme und Ultraschalluntersuchung gewonnenen, ‚Fakten‘ als eine Art Hilfe zur *Abschreckung*. Die Drastik der Aufklärung anhand der medizinischen Daten unterstützt er durch das Klopfen auf den Tisch. Wenn sich die Frauen nicht durch seine Beratung oder Aufklärung abschrecken lassen, müssen sie untersucht werden, um ihnen mit diesen ‚biologischen‘ Fakten zu zeigen, wie gering die Chance ist, mit über 38 Jahren eine Schwangerschaft zu erreichen. Die Daten, die eine Untersuchung des Körperinneren ergeben hat, sollen hier ‚objektive‘ Klarheit über die Lage der Fruchtbarkeit geben und als Information dienen, die Entscheidung der Frauen zu beeinflussen (vgl. Hacking 2016).

Mehrfach klingt es in den Interviews so, als dienten die Aufklärungen, von denen gesprochen wird, nicht dem informed consent, sondern der Abschreckung, die die sich interessierenden Frauen dazu bringen soll, sich nicht in Behandlung zu begeben. In keiner der Verhandlungen über Aufklärung zu Chancen und Wahrscheinlichkeiten jedoch weigert sich eine_r der interviewten Personen strikt dagegen, eine für sie zu ‚alte‘ Frau zu behandeln. Eher scheint es, als hoffen alle, durch ihre *Aufklärungen* Frauen dazu zu bringen, sich selbst gegen ‚Social Freezing‘ zu entscheiden.

Die Beschreibung von Aufklärung in derart emotionalen Worten kann zum einen darauf zurückgeführt werden, dass sich die Reproduktionsmediziner_innen Erwartungen ausgesetzt sehen, die sie vielleicht nicht erfüllen können. Auch die in Kapitel 3 sehr emotionalen teils normativen Erzählungen wurden dahingehend gedeutet. Kapitel 4 hat daher die Verhandlungen der Grenzen von Technologie thematisiert. Alan Petersen schlägt vor, Bioethik um den Begriff der Erwartung zu erweitern und damit „Politics of Expectations“ biotechnologischer Entwicklungen nachvollziehen zu können (ebd. 2011, S. 22 ff.). Die Kraft, die von öffentlichen und privaten Erwartungen an Innovation und Technologie ausgehe, dürfe nicht unter-

schätzt werden, so Peterson (ebd.). Auch im Diskurs um ‚Social Freezing‘ scheinen Erwartungen eine sehr große Rolle zu spielen, wie im Verlauf dieses Kapitels noch deutlicher werden wird.

Das Sich-Sträuben und Abwehren, vielleicht auch der hohe Grad an Emotionalität, der das Sprechen über Aufklärung hier begleitet, kann zum anderen als eine Reaktion der Mediziner_innen auf das sich wandelnde Ärzt_in-Patient_in-Verhältnis, von dem zu Beginn dieses Kapitels schon einmal die Rede war, gelesen werden. Das sogenannte „Arzt-Patienten-Verhältnis“ wird in der Bioethik als zentrales Interaktionselement beschrieben (Schildmann/Vollmann 2015, S. 194). Dieses Verhältnis, auch darauf wurde bereits hingewiesen, das auf einer asymmetrischen Verteilung von Wissen basiert, wird als einem Wandel unterworfen beschrieben, der stark mit dem professionellen Verständnis von Ärzt_innen zusammenhängt. So etablierte sich seit den 1950er Jahren das Konzept des informed consent als „ethische und rechtliche Grundlage für ärztliches Handeln“ (Schildmann/Vollmann 2015, S. 194 ff; vgl. auch Marckmann/Bormuth 2012, S. 96 ff.), mit dem eine Abkehr von der bisherigen Dominanz des Fürsorgeprinzips einhergeht, zumindest mit dem Narrativ dessen. Mit dem Zugewinn an Autonomie auf Seite der Patient_innen, geht, wie Günter Feuerstein es ausdrückt, ein „professionelle[r] Verantwortungsverlust“ einher (ebd. 2011, S. 286):¹⁵⁵

„Die Stärkung der Patientenautonomie, wie sie in modernen medizinischen Systemen zumindest rhetorisch zur Norm geworden ist, bedeutet immer auch eine Delegation von Verantwortung. Aus ärztlicher Perspektive handelt es sich dabei um eine Verantwortungsentlastung und, in letzter Konsequenz, um einen professionellen Verantwortungsverlust. Dieser Verantwortungsverlust steht allerdings im Konflikt zur traditionellen Berufsrolle des Arztes. Die Medizin als Profession gewann ja gerade deshalb ihre relative Autonomie, ihr Recht zur eigenständigen Normbildung und Angebotssteuerung, weil sie per definitionem allein dem Wohl des Patienten verpflichtet war. Im herkömmlichen Paternalismus, für den auch die Autonomie des einzelnen Arztes als Vertreter seiner Profession essenziell war, schien diese Funktion in idealer Weise verkörpert zu sein. Unbeeinflusst von externen Motiven und Interessen wählte der Arzt als unabhängiger Experte aus zahlreichen, für den Patienten oft nur schwer durchschaubaren Optionen den jeweiligen ‚one best way‘. Der Arzt wurde dadurch in gewisser Weise zum Anwalt des Patienten.“ (ebd. 2011, S. 286)

Mit dem hier beschriebenen Anwachsen der Idee einer „Patientenautonomie“ verteilt sich die Verantwortung für einen Eingriff. Mediziner_innen bekommen die Aufgabe, zu informieren und Wissen zu teilen. Indikation und Information

155 In Kapitel 3.3 wurde der häufig diagnostizierte Autonomieverlust von Ärzt_innen genauer beleuchtet.

stehen in einem Wechselverhältnis und bedingen sich gegenseitig insofern, als dass mit schwindender Indikation Ärzt_Innen dazu angehalten werden, *mehr* zu informieren (vgl. Damm 2009, S. 186 ff.). Dass der Aufklärung ein steigerbares Moment innewohnt, scheint in der Medizin, so konnte gezeigt werden, nicht unüblich. Dennoch steckt in den Erzählungen über Aufklärung, im gesamten Diskurs um ‚Social Freezing‘, ein hoher Grad an Emotionalität, der erklärungsbedürftig zu sein scheint. Günter Feuerstein konstatiert weiter für den gesamten Bereich der Medizin eine Krise der traditionellen Arztrolle und eine daraus resultierende „Wiederkehr des Paternalismus, wenn auch im neuen Gewand“ (Feuerstein 2011, S. 286). Dieses neue Gewand bestehe aus Faktoren systemfremder Logiken in der Medizin, die das ärztliche Handeln beeinflussen (vgl. Kapitel 3.3).

Nach Sureau (1995) bezeichnen Günter Feuerstein und Ellen Kuhlmann einen Verlust an ärztlicher Dominanz „medical deresponsibilization“ (ebd. 1999). Gleichzeitig ist eine Responsibilisierung von Patient_innen zu beobachten, Patient_innen werden, wie Silja Samerski es beschreibt, zu „Entscheidenden“:

„Immer stärker werden Patienten heute als Entscheider im Gesundheitswesen konzeptualisiert und adressiert. Nicht mehr in erster Linie Ärzte, sondern Patienten sollen informiert und verantwortlich zwischen Test- und Behandlungsoptionen entscheiden. Diese Verwandlung von ‚Leidenden‘ in „Entscheidende“ wird gemeinhin als emanzipatorische Errungenschaft begrüßt, als Befreiung aus dem medizinischen Paternalismus. Dabei wird übersehen, dass die Förderung der Patientenautonomie mit zahlreichen pädagogischen Maßnahmen einher geht, die bestimmte Denk- und Verhaltensweisen anbahnen sollen. Je stärker das Recht auf Patientenautonomie in den vergangenen Jahren gesetzlich und institutionell verankert wurde, desto mehr nahmen Patientenberatungen, Aufklärungsbroschüren und Patientenschulungen zu, die Wissens- und Entscheidungsvorgaben für die Ausübung der Selbstbestimmung machen.“ (vgl. ebd. 2015, S. 565)

In den gezeigten Interviewausschnitten wirkt es fast so, als müssten die Reproduktionsmediziner_innen sich daran halten, die Patientinnen als *Entscheidende* zu adressieren, wollten sie aber, sind sie ‚zu alt‘, in jedem Fall von einer Behandlung abbringen und sich und die Patientinnen vor Eingriffen schützen, die keine Erfolge (mehr) versprechen. Auch wenn die Verantwortung nun aufgeteilt ist, könnten sie sich ‚schuldig‘ machen, zu viel versprochen zu haben. Silja Samerski beschreibt beispielsweise für den Fall der Pränatal-Diagnostik, wie sich seit den 1980er Jahren eine ärztliche Aufklärungspflicht für alle Schwangeren in der deutschen Rechtsprechung etabliert hat. Ärzt_innen müssen danach Schwangere explizit und ausführlich auf die Möglichkeit prädiktiver Tests hinweisen, die chromosomale Auffälligkeiten ans Tageslicht bringen könnten. Kommen sie dem nicht nach, bestehe die Möglichkeit, Ärzt_innen für die Geburt eines behinderten Kindes in Form von Unterhaltszah-

lungen ‚zur Verantwortung‘ zu ziehen (ebd. 2010, S. 39 f.). Aufklärung ist alleine aus diesem Grund ein so wichtiges Thema für die Mediziner_innen.

Das Abschrecken der ‚falschen Patientin‘ kann also vielleicht auf der einen Seite als Reaktion auf die Erwartungserwartung gelesen werden (vgl. etwa Luhmann 1984, S. 411 ff.), dass sie als Reproduktionsmediziner_innen technologisch *alles* können sollen und auf der anderen Seite eine *Ohnmacht* angesichts des beschriebenen Verantwortungsverlustes nicht mehr entscheiden zu können. Die „radikalen“ Aufklärungen, die wie Ohrfeigen „knallhart“ ausfallen können, klingen alles andere als nicht mehr paternalistisch. Sie können als emotional aufgeladene Versuche gelesen werden, die Patientin zur ‚richtigen‘ Entscheidung zu bringen. Man könnte sie als eine Art der pädagogischen Maßnahmen sehen, die Samerski beschreibt (ebd. 2015), mit der die ‚falsche‘ Patientin abgewehrt werden soll. Nicht zuletzt hat dies gewiss auch damit zu tun, dass, wie in Kapitel 3 gezeigt wurde, die ‚falsche‘ oder ‚unerwünschte‘ Patientin mit ihren Motiven in der Verhandlung der Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle gänzlich delegitimiert wird. Die Aufklärung im Sinne von *Überreden* und *Abschrecken* kann nun deshalb als Strategie gelesen werden, weil sie den Reproduktionsmediziner_innen dazu dient, sich nicht mit *moralischen* Fragen auseinandersetzen zu müssen und sich von kommerziellen, ökonomischen und damit aus von ihnen als reproduktionsmedizinisch *unseriös* markierten Bereichen fernhalten zu können. Dabei sollen nicht alle Patientinnen abgeschreckt werden, sondern nur die ‚falschen‘.

In den Interviews und bei den reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen, bei denen es genuin um ‚Social Freezing‘ ging, wurde öfter die Frage gestellt, wie man es verhindern könne, dass die Frauen, ‚zu spät‘ in die reproduktionsmedizinischen Praxen und Kliniken kommen. Auch auf den Websites wird ‚reproduktives Unwissen‘ verhandelt. Dabei geht es nicht nur um die Thematisierung der Unwissenheit, sondern häufig auch darum, *woher* ‚falsches‘ Wissen komme.

Aufklärung über Unwissenheit: das Ausräumen ‚falscher Vorstellungen‘

D: „Reproduktionsmedizinisch muss ich sagen ises eben ähm (2) auch wieder n Punkt der Aufklärung, die Leute kommen zu spät und sicherlich wir können damit auch keine Garantie geben dass die Leute wie gesagt schwanger werden. Das muss man schon wirklich sagen“. (Dr. D: 99–102)

‚Falsche Vorstellungen‘ waren im Laufe dieser Studie nun durchgehend Thema. Sie tauchen in Form eines Zustandes auf, den es im Namen *seriöser* Reproduktionsmedizin zu vermeiden gilt. Sie tauchen auch auf als Erwartungserwartung (vgl. etwa Luhmann 1984, S. 411 ff.) der Reproduktionsmediziner_innen gegenüber Patient_innen und sie tauchen auf als Folge von Nicht-Wissen, um das es im Fol-

genden gehen soll. Eines der häufigsten Narrative im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ ist wie hier bei Dr. Degenhardt, das der Patientin, die sich ‚zu spät‘ in Behandlung begeben wolle, wenn ihre Fruchtbarkeit nicht mehr ‚ideal‘ sei. Auch dies tauchte im Laufe der Studie immer wieder als Paradoxie des ‚Social Freezing‘ auf. Häufig wird wie hier die Erwartung von „Garantie[n]“, die die Mediziner_innen nicht geben können, dargestellt. Sie stellen daran einen Mangel an Wissen in der Bevölkerung fest, der behoben werden soll. Im Folgenden sollen nun zuerst Narrative dieses Mangels nachgezeichnet und daran anschließend eine vielfach gefundene Quelle für diesen Mangel vorgestellt werden.

Über reproduktives Unwissen

Die Referentin einer spanischen Klinik führt im Rahmen des „Symposium on Social Egg Freezing“ in Barcelona aus, dass man in ihrer Klinik Frauen ab einem gewissen Alter befrage, warum sie nicht früher gekommen seien, um ihre unbefruchteten Eizellen einfrieren zu lassen:

„Wenn Frauen gefragt werden, warum sie jetzt erst ihre Eizellen einfrieren lassen und sie mit der Wahrheit über ihre Eizellen konfrontiert werden, so die Referentin, sagen die meisten Frauen sie haben keine Information über Fruchtbarkeitsverlust gehabt und die meisten würden es nun bereuen, nicht schon früher ihre Eizellen eingefroren zu haben: ‚Giving correct information is the key in order to have women freezing their oocytes to in a more appropriate age.‘“ (Protokoll BS)

Frauen sollen dazu gebracht werden, in einem angemesseneren Alter Eizellen einfrieren zu lassen.¹⁵⁶ Der Schlüssel dazu liege darin, ihnen die ‚richtigen‘ Informationen zu geben. Haben sie diese Informationen nicht, könnte es irgendwann ‚zu spät‘ sein, die Eizellen einzufrieren, da während des Nicht-Wissens und dadurch Nicht-Handelns ein Prozess des Fruchtbarkeitsverlustes vor sich gehen könnte (vgl. Kapitel 4). Die Referentin als Reproduktionsmedizinerin müsse Frauen mit „der Wahrheit“ über ihre Fruchtbarkeit „konfrontieren“, damit sie rechtzeitig handeln können. Konfrontation impliziert, dass etwas nicht freiwillig geschieht, sondern erzwungen wird oder werden muss. Weiter führt sie aus:

„Fertility awareness in general is low‘. Nun erzählt sie von der erst kürzlich von der Klinik veröffentlichten Studie über reproduktives Unwissen. Nur

156 Dieses Ziel, Frauen früher dazu zu bringen ihre Eizellen einfrieren zu lassen, wird in Kapitel 5.2 noch einmal aufgenommen.

eine von fünf Frauen darin wusste genau, wann es zu spät ist für eine spontane Schwangerschaft. Noch beunruhigender sei, dass eine von vier Frauen der Meinung sei, dass es mit künstlicher Befruchtung kein Alterslimit gäbe schwanger zu werden. Bizarrr sei, dass diese eine aus vier Frauen denke, man könne schwanger werden bis man stirbt.“ (Protokoll BS)

Das Bewusstsein über, die aktive Aufmerksamkeit auf Fruchtbarkeit im Allgemeinen ist es also, die mangelhaft sei. Dies sei der Grund dafür, dass sich die Frauen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren, nicht ‚früh genug‘ in Behandlung begeben. Es stellt sich die Frage, ob im Umkehrschluss das Alter der Frauen, die in die Praxen kommen, sinken würde, wüssten alle Menschen über Fruchtbarkeit und deren Verlust Bescheid.¹⁵⁷ Auch hier, wie bereits im vorangegangenen Kapitel 4 zu erkennen, scheint es wichtig zu sein, Daten und Fakten numerisch zu kommunizieren, um sie ‚objektiver‘ darzustellen (vgl. Hacking 2016). In Kliniken eigene Studien anzufertigen ist dabei gang und gäbe, mehrere Referent_innen berichten von solchen Studien und präsentieren ‚die Zahlen‘. Im zitierten Beispiel geht es um die Problematisierung der ‚falschen‘ Informationen über Grenzen der Fruchtbarkeit (konkret beschränkt durch das Alter). Die Referentin scheint durch ihre Überspitzung des Zusammenhangs zwischen Alter und Fruchtbarkeit, durch die Verknüpfung mit dem Tod als Ereignis höchsten denkbaren Alter(n)s provozieren zu wollen.

‚Die Wahrheit‘ über Eizellen, so geht es auch aus Kapitel 4 hervor, bestehe darin, dass diese fortwährend weniger werden und an Qualität verlieren. Mit ‚der Wahrheit‘ darüber muss deshalb konfrontiert werden, weil der Verlust an Fruchtbarkeit unbemerkt vonstatten geht und nicht verspürt werden kann. Was David Armstrong (1995) als „rise of surveillance medicine“ beschreibt, wird hier sehr deutlich: der kalkulierbare Risikofaktor ist der Frauenkörper selbst. Diesen gilt es zu überwachen und gegebenenfalls einzugreifen. Im Sinne einer „Regierung genetischer Risiken“ wird hier die weibliche Fruchtbarkeit zur Selbsttechnologie (Lemke 2000, S. 130). Reproduktionsmediziner_innen kennen eine Wahrheit, die den Frauen hier nicht zugänglich ist, darum müssen sie informiert werden. Im Falle von ‚Social Freezing‘ ist es der Fruchtbarkeitsverlust, der mittels „technisch-instrumenteller Verifikation“ (Duden 2002, S. 47), durch Expert_innen neue Bedeutung erhält. Zwar ist Wissen über den weiblichen Fruchtbarkeitsverlust nicht neu, jedoch wird es im Diskurs um ‚Social Freezing‘ unter anderem durch die Erzählung von Unwissen dramatisiert. Das Unwissen macht den unbemerkt fortschreitenden Verlust risikoreich

157 Dies wären dann die in Kapitel 3.2 als ‚ideale‘ Patientin vorgestellten Frauen, die ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen und die das Geld für eine Behandlung ersparen oder sich von den Eltern leihen (vgl. Kapitel 3.2).

(vgl. Kapitel 4). Aufgeklärt werden muss in diesem Fall über das Körperinnere der Frauen, die sonst weiter unwissend bleiben und sich dadurch ‚zu spät‘ mit der eigenen Fruchtbarkeit auseinandersetzen könnten. Die ‚falsche‘ Patientin ist deshalb ‚zu spät‘, weil sie es nicht besser wusste.

An einer anderen Stelle problematisiert eine Referentin aus Großbritannien auf einer weiteren Ebene Kinderlosigkeit in der Gesellschaft. Auch hier sind ‚reproduktives Unwissen‘ beziehungsweise ‚unsinnige‘ Erwartungen der Ursprung:

„Schuld an der Kinderlosigkeit vieler seien, so eine der Folien und ein Punkt im Vortrag der Referentin „unreasonable expectations“: 59 % kinderloser Frauen zwischen 35 und 39, so eine österreichische Studie, planen immer noch, ein Baby zu bekommen und sogar 30 % der 40- bis 45-jährigen planen das noch (hier setzt sie ein Ausrufezeichen in der Präsentation). Während sie diesen Faktor nennt, geht ein Raunen durch die Menge, manche lachen empört, sie schmunzelt und hält kurz inne, um dann wieder zum Ernst der Lage zurück zu kehren.“ (Protokoll BS)

Die Darstellung des ‚Unwissens‘ führt dazu, dass das Publikum raunt. Die Menschen haben aus diesem ‚Unwissen‘ heraus „unreasonable expectations“, also unsinnige, unvernünftige Erwartungen. Dass 30 % der 40- bis 45-jährigen Menschen noch planen, ein Kind zu bekommen ist eine Tatsache, über die gelacht werden kann, die Erstaunen hervorruft. Ziel der Reproduktionsmedizinerin ist es hier, diese Menschen ‚korrekt‘ zu informieren, damit sie die ‚richtigen‘ Patientinnen in ihrer Praxis behandeln kann, die sie nicht mit ihrer Unfruchtbarkeit „konfrontieren“ muss. Der Schlüssel zur ‚richtigen‘ oder ‚idealen‘ Patientin liege also in der korrekten Information oder eben Aufklärung von Frauen. Wie Silja Samerski für den Bereich von Gen-Technologie feststellt, ist das „Lamento“ über eine unaufgeklärte Bevölkerung keine Ausnahme. Vielfach wird im Kontext von Bio-Technologie seitens der Expert_innen darüber debattiert, dass zu wenig ‚gewusst‘ wird. Wird zu wenig gewusst, können Bürger_innen jedoch nicht die informierten Entscheidungen treffen, die sie treffen sollen, so das Narrativ (vgl. ebd. 2010, S. 11 ff.).

Zwei Aspekte sind hier besonders hervorzuheben: zum einen werden Frauen, die ihre eigene Fruchtbarkeit so falsch einschätzen, ausgelacht. Sie wissen im Gegensatz zur ‚idealen‘ Patientin nicht über ihren Körper Bescheid, kennen nicht ihren Fruchtbarkeitsverlust und somit im Gegensatz zu den Reproduktionsmediziner_innen nicht ‚die Wahrheit‘ über ihren Körper.

Aufklärung, dies ist der zweite Aspekt, taucht hier als Strategie auf, nicht nur ‚falsche‘ Patientinnen zu vermeiden, sondern demographisch-gesellschaftliche ‚Probleme‘ (wie im Vortrag der Referentin sinkender Geburtenzahlen unter Aka-

demikerinnen) zu lösen. Die „unreasonable expectations“ seien der Grund dafür, dass Akademikerinnen keine Kinder bekommen. Wenn diese planen, schwanger zu werden, sind sie ‚zu alt‘ und ihre Fruchtbarkeit nicht mehr gut genug, so die logische Schlussfolgerung. Die Lösung scheint in diesem Fall ganz einfach: Sie müssen aufgeklärt werden. Die Mediziner_innen müssen ihnen dabei helfen, sich ‚richtig‘ zu entscheiden und Bescheid zu wissen (vgl. Samerski 2013). Bereits hier bewegt sich Aufklärung in den Bereich der bevölkerungsrelevanten Effekte, die sie haben könnte. Dies werde ich ausführlich in Kapitel 5.2 behandeln.

Auch auf den untersuchten Websites mehrerer reproduktionsmedizinischer Zentren in Deutschland, die ‚Social Freezing‘ exklusiv thematisieren, wird das ‚Nicht-Wissen‘ über den Verlust der Fruchtbarkeit, wie hier auf dem Internetauftritt der „Eizellbank Erlangen“, thematisiert:



Abb. 18 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Geburtenrückgang“ – „Unkenntnis“

Auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ werden unter dem Reiter „Diskurs“ Themen ‚gesellschaftlicher Relevanz‘ oder öffentlicher Diskussionen aufgelistet. Eines davon ist „Geburtenrückgang“, das mit ‚Social Freezing‘ in Verbindung gebracht wird. Nachdem knapp der Geburtenrückgang in Deutschland textlich problematisiert wurde, werden drei Gründe aufgezählt, die dafür verantwortlich sein könnten: „Fertility Gap“¹⁵⁸, „Unkenntnis“ und „Gesellschaftliche Gründe“. Im hier gezeigten Ausschnitt wird „Unkenntnis“ erläutert.

158 Der Begriff „Fertility Gap“ bezeichnet die Lücke beziehungsweise Diskrepanz zwischen gewünschter und tatsächlicher Anzahl von Kindern, die in einigen Ländern Europas,

Im Text im linken Bereich des Ausschnitts wird eben die Diskrepanz problematisiert, von der auch die Reproduktionsmedizinerin in Barcelona gesprochen hat: Das Alter, von dem Menschen denken, Frauen würden unfruchtbar werden, stimme nicht mit der ‚Realität‘ überein. Auch hier wird eine Studie bedient, die wissenschaftlich das reproduktive Unwissen von 40 % der ‚deutschen Bevölkerung‘ wissenschaftlich belegen soll. Diese Diskrepanz sei neben anderen Gründen für den „Geburtenrückgang“ verantwortlich. Im Kontext des Webauftrittes wird klar, dass es gilt, diese Diskrepanz aufzuheben, der Geburtenrückgang wird ohne weitere Erläuterungen problematisiert.

„Unkenntnis“ wird hier im Rahmen demographischer Begrifflichkeiten genannt. So wird ein größeres gesellschaftspolitisch relevantes Thema auf die individuelle Handlungsebene verlagert (vgl. Rose 2001). Eine Handlungsebene, bei der die Mediziner_innen zur Handlung durch Aufklärung erst noch auffordern müssen, weil die „Deutschen“, wie betroffene Menschen hier genannt werden, es nicht besser wissen. Das Nicht-Wissen ist nun aber nicht mehr nur für einzelne relevant, sondern wird gesellschaftlich verhandelt.

Aufgrund der Inszenierung von Nähe ist davon auszugehen, dass es sich im Bild um ein Paar handeln soll. Dieses Paar sitzt auf einer beigen Couch und stößt mit beigen Tassen an. Die beiden blicken fröhlich lächelnd nach rechts in die Richtung der Illustration einer wolkenförmigen Gedankenblase mit dem Freisteller eines rothaarigen Babys im weißen Strampelanzug darin. Vielleicht hat sich das Paar gerade informiert und so bleibt das Baby in der Blase keine Illusion, sondern ist durch Wissen über die Fruchtbarkeit der beiden für die Zukunft gerettet. Es ist ein Bild der Entspannung, die beiden sitzen nicht gerade auf der Couch, sondern lehnen sich gemütlich aneinander, sie hat die Beine angewinkelt, sein Hemd ist am unteren Ende etwas offen.¹⁵⁹ Die beiden sind nicht mehr unwissend, so ergibt der Kontext der Seite und können sich deshalb entspannen. Sie haben ihre Fruchtbarkeit im Griff und sind informiert.

Wie bereits erläutert, verlässt auch hier Aufklärung und Information den alltäglichen medizinischen Bereich der Aufklärung im Rahmen des informed consent und betritt die Ebene der Aufklärung der Gesellschaft insofern, als dass das Unwissen

den USA oder etwa Russland zu bevölkerungspolitischen Diskussionen führt, vgl. etwa Esping-Andersen 2013.

159 Googelt man den Suchbegriff „entspanntes Paar“, tauchen in der Bildersuche nebst lachenden heterosexuellen Paaren in Betten mehrfach Darstellungen lächelnder Paare auf beigen Couchen auf, die entweder aus Tassen oder Gläsern trinken oder anstoßen. Es ist davon auszugehen, dass die Bilder auf Websites wie dieser Stockfotografie sind. Mehr zu Stockfotografie im medizinischen Bereich vgl. Meßmer 2017.

über die Fruchtbarkeit auf gesellschaftlicher Ebene verhandelt wird, eine Ebene, die in Kapitel 5.2 ausführlicher beleuchtet werden wird.

‚Unwissen‘, so kann an dieser Stelle knapp theoretisch eingeholt werden, ist deshalb so relevant, weil es individuelle Körper betreffend, durchzogen von Machtmechanismen, Teil eines biopolitischen Kampffeldes wird (vgl. Foucault etwa 1981, 1983). Es ist das Feld der Reproduktion, in dem Interessen an Körpern zum bevölkerungsrelevanten Politikum werden (vgl. Rabinow/Rose 2016). Vom ‚Unwissen‘ Einzelner hängt in diesem Kontext der Geburtenrückgang einer Nation ab. Aufklärung wird damit, überspitzt formuliert, zur ‚bevölkerungserhaltenden‘ Maßnahme.

In der Fachwelt herrscht große Einigkeit darüber, dass das Wissen über den eigenen Fruchtbarkeitsverlust mangelhaft ist. Diese Tatsache wird als Ursprung vieler Probleme ausgemacht. Häufig stellen sich die Mediziner_innen die Frage, woher dieses mangelhafte Wissen über die Fruchtbarkeit kommen könnte.

Aufklärung gegen die Medien

Die Suche nach der Begründung für die ‚falschen Vorstellungen‘ der Frauen ergibt sich nicht nur häufig aus ‚falschen Versprechungen‘ der Werbung für ‚Social Freezing‘ (vgl. Kapitel 3.1). Oft wird auch mediale Berichterstattung verantwortlich gemacht. Dabei wird gern der Zusammenhang zwischen prominenten ‚späten‘ Schwangerschaften mit ‚falschen reproduktiven Erwartungen‘ hergestellt:

Auf dem Symposium in Barcelona thematisiert die britische Referentin, die den „unreasonable expectations“ ihrer Patientinnen nachgehen möchte, einen Ursprung des Widerspruchs zwischen diesen *falschen Erwartungen* und der ‚Realität‘ der Fruchtbarkeit:

„Eine Antwort darauf (auf die Frage woher die falschen Erwartungen kämen) lautet: aus den Medien. Schmunzelnd legt sie die nächste Folie ihrer Präsentation auf, auf der das Cover des People-Magazins, einer US-amerikanischen Zeitschrift zu sehen ist, das das Gesicht einer Desperate Housewives Darstellerin¹⁶⁰ mit zwei Babys, offensichtlich Zwillinge in weißen Strampfern zeigt. ‚I FEEL SO LUCKY‘ steht daneben auf dem Cover.“ (Protokoll BS)

160 Die Schauspielerinnen Marcia Cross brachte im Februar 2007 mit 44 Jahren Zwillinge zur Welt. Das People Magazine interviewte sie kurz nach der Geburt und thematisierte ihr langes Warten auf eine Schwangerschaft und ihre Ängste vor ihrer ‚tickenden Uhr‘. Ebenso wird thematisiert, dass sie offen über die reproduktionsmedizinische Hilfe spricht, die sie und ihr Mann in Anspruch genommen haben (vgl. Tauber 2007, People online).

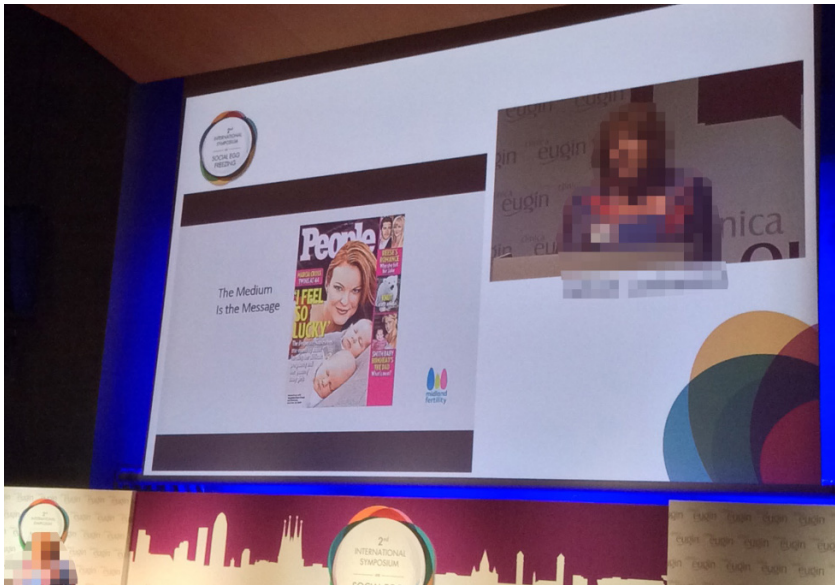


Abb. 19 Beobachtungsprotokoll BS

„Auf der Folie neben dem Cover hat die Referentin das Zitat ‚The Medium is the Message‘ von Marshall McLuhan abgedruckt. Den Ursprung des Zitats erwähnt sie kurz, in dem sie den Autor nennt, macht eine kurze Pause weil einige im Publikum lachen und fährt in ihrem Vortrag fort. Die Medien wie eben gezeigt, führten dazu, dass Frauen ihre Fruchtbarkeit überschätzten weil das Bild vermittelt werde, alles sei möglich. Frauen machten so Karriere und merkten auf einmal ‚ups, Baby vergessen‘. Dann kämen diese Frauen und wollten Social Freezing machen lassen. Dann aber seien sie von der Realität überrascht, weil Social Freezing keine Lösung für alles sei.“ (Protokoll Barcelona J. F.)

Das gezeigte Cover der US-Amerikanischen Zeitschrift wird von der Referentin dahingehend gelesen, Machbarkeit zu propagieren, wo sie selbst eingeschränkte Machbarkeit sieht.¹⁶¹ Wenn Frauen das Bild der Schauspielerin sähen, die mit 44

¹⁶¹ Die gezeigte Schauspielerin Marcia Cross hat zwar selbst ihre Eizellen nicht einfrieren lassen, aber andere reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch genommen. Die bloße Berichterstattung über Schwangerschaften in diesem Alter, so die Logik,

Jahren Zwillinge bekommen hat, könnten sie also auf ‚falsche‘ Ideen kommen und denken, dies sei *einfach* möglich. ‚In der Realität‘, so die Referentin, sei Social Freezing nicht die Lösung für alles. Es klingt so, als würden Frauen durch das von den Medien vermittelte Bild ‚zu sorglos‘ werden, was die Aussage „ups, Baby vergessen“ unterstreicht. Frauen machen in diesem Narrativ ‚sorglos‘ Karriere und beschäftigen sich nicht mit ihrer Fruchtbarkeit, weil sie von den prominenten Beispielen ‚vorgegaukelte‘ Machbarkeit erwarten. Die Begriffe ‚Sorglosigkeit‘ und ‚Karriere machen‘ sind in ihrer Verschränkung paradox, weil sie in der Regel eher gegensätzlich erscheinen. Eine Karriere ist meist mit Planung und Sorgen verbunden, ‚Sorglosigkeit‘ hingegen klingt nach Leichtigkeit und Unbeschwertheit. Vielleicht ist ‚sorglos‘ hier eher als Aufruf zum Gegenteil zu lesen, sich ‚früh genug‘ Gedanken zu machen und nicht in ‚falschen Erwartungen‘ zu verharren.

Von ‚falschen Erwartungen‘ spricht auch Dr. Burkhard im Interview:

B: „(...) also ich hab hier Frauen die sind natürlich jetzt etwas schlicht ja? Die sagen ja wieso ich bin jetzt 42 hab jetzt den Mann gefunden und jetzt möchte ich Kinder haben ja? Und ich sag ja entschuldige mal aber keine Chance ja? Und die sagen wieso: Janet Jackson mit 50¹⁶², irgendwie so, und da hab ich gelesen in der Schweiz diese eine 64-jährige¹⁶³ und dann die eine in Berlin die die 58-jährige die dann noch Vierlinge kriegt ja?¹⁶⁴ Das ist alles Eizellspende ja?“ (Dr. B: 548–553)

Auch hier stehen die falschen Vorstellungen von, wie Dr. Burkhard sie hier nennt, „schlicht[en]“ Frauen im Zentrum der Problematisierung. Er stellt klar, dass es sich sowohl im Fall von Janet Jackson, der 64-jährigen Frau in der Schweiz, als auch im

führe dazu, dass Frauen Fruchtbarkeit falsch einschätzen würden. Hinzu kommt in der Erzählung über prominente ‚späte‘ Schwangerschaften von Reproduktionsmediziner_innen in Deutschland der Verweis auf das in Deutschland verbotene Verfahren der Eizellspende, das für die prominenten Schwangerschaften vermutet wird und ebenso falsche Vorstellungen auslöse.

162 Janet Jackson brachte Anfang 2017 mit 50 Jahren ein Baby zur Welt, nachdem sie Anfang 2016 angekündigt hatte, eine Familie gründen zu wollen, dies wurde medial umfassend thematisiert (vgl. z. B. Siemens 2016 auf spiegel.de).

163 In der Schweiz brachte 2010 eine 64 Jahre alte Frau ein Kind zur Welt, nachdem sie in Russland eine Spenderinneneizelle bekommen hatte (vgl. z. B. Schweizerische Depechenagentur 2010, NZZ online).

164 Hier ist nicht ganz klar, ob Dr. B. sich auf die Berliner Lehrerin bezieht, die 2015 mit großer medialer Aufmerksamkeit Vierlinge zur Welt brachte (vgl. z. B. WELT online 2015). Die Berlinerin war zwar zur Zeit der Geburt 65 und nicht 58 doch die Zuschreibung „Berlinerin“ und die Geburt von Vierlingen sprechen dafür.

Aufsehen erregenden Fall der Berlinerin, die mit 64 Jahren (hier 58) Vierlinge gebar, um Eizellspenden handelte. Die beschriebenen Patientinnen sind wohl deshalb „schlicht“ im Sinne von ‚ungebildet‘ oder ‚einfach‘, weil sie dies nicht erkennen und nichts über den bereits fortgeschrittenen Verlust ihrer eigenen Fruchtbarkeit wissen, sondern stattdessen Meldungen der ‚Klatschpresse‘ Glauben schenken. Diese Frauen müssen über den ‚wahren‘ Zustand ihrer Fruchtbarkeit aufgeklärt werden: Aufklärung wird zum Richtigstellen ‚falschen‘ Wissens.

Auch hier wird, wie im Beispiel der Referentin in Barcelona, eine Art Sorglosigkeit problematisiert. Während die Frauen im Beispiel oben ‚sorglos‘ Karriere machten, machen sich die „schlichten“ Frauen hier keine Sorgen um ihre Fruchtbarkeit, während diese ‚in Wahrheit‘ unaufhörlich schwindet. „[J]a entschuldige mal aber keine Chance ja?“ bezieht sich darauf, dass die Chancen einer Schwangerschaft mit steigendem Alter sinken. Mit diesem Satz, mit dem er die beschriebenen „schlichten“ Frauen direkt anspricht, wechselt er die Sprachebene im Interview. Imaginär möchte er diesen Frauen, die er zu diesem Zwecke duzt, wohl vehement widersprechen oder ihnen eine Absage erteilen und spricht sie deshalb direkt an. Die einleitenden Worte „entschuldige mal“ seiner imaginären Antwort drücken seinen hohen Grad der Empörung aus. Auch hier ist spürbar, dass eine nicht zu erfüllende Erwartung seine Empörung auslöst.

In der Diskussionsrunde des Vortrages einer spanischen Referentin in Barcelona, die von der Werbetätigkeit in den Medien ihrer Klinik berichtet hatte, stellt jemand die Frage, ob sie meine, dass ‚die Medien‘ eine gute Quelle seien, Frauen aufzuklären. Die Referentin bejaht das:

„Die Medien, TV, Radio und Presse sind eine gute Ressource, das könnten sie an den Frauen erkennen die kommen und die jetzt jünger werden. Wobei sie auch oft hören, dass Frauen in der Presse gelesen haben, Star XY sei jetzt schwanger mit Zwillingen und die sei 45, also gebe es eine Art mixed message aus den Medien. Auf der einen Seite gebe es eine verstärkte Aufmerksamkeit auf das Problem schwindender Fertilität auf der anderen Seite aber auch das falsche Gefühl, in den 40ern noch problemlos Kinder bekommen zu können.“ (Protokoll BS)

Diese Referentin betont hier eine Ambivalenz: sie sieht in ‚den Medien‘ zwei Seiten, zum einen die Chance der Aufklärung, zum anderen die Produktion ‚falscher Erwartungen‘. Auch hier sind es Stars oder Prominente, deren Schwangerschaften in der Öffentlichkeit ‚falsche‘ Vorstellungen über die eigenen reproduktiven Möglichkeiten auslösen.

Diese ‚falschen Erwartungen‘, das ‚falsche‘ Gefühl oder das ‚reproduktive Unwissen‘ seien die Kehrseite der Aufklärungs-Medaille „Medien“. Diese „Medien“ tauchen als Gegenspielerin zur Reproduktionsmedizin auf, weil sie über prominente Frauen berichtend verschweigen, dass Fortpflanzung mit steigendem Alter schwieriger werde. Auch verheimlicht werde, so Dr. Burkhard, dass die prominenten Frauen Eizellspenden in Anspruch genommen hätten, ein Verfahren, das zumindest in Deutschland gesetzlich verboten ist.¹⁶⁵ Die Reproduktionsmedizin kennt die Fakten, Risiken, Chancen und Zahlen, ‚die Realität‘, während ‚die Medien‘ diese verschleiern und somit ‚falsche Vorstellungen‘ und ein Vertrauen in Technologie auslösen, die nicht der ‚reproduktionsmedizinischen Realität‘ entsprechen. Wieder ist es ein Abwehren der ‚falschen‘ Patientin, die zu diesem Zweck von Dr. Burkhard als schlicht dargestellt wird, weil sie zu wenig weiß und dadurch weiter gedeutet, vielleicht auch keine informierte Entscheidung treffen kann. Dr. Burkhard muss sie in dieser Logik dann aufklären und ihre zu hohen Erwartungen enttäuschen. Aufklärung ist auch hierfür eine Strategie.

Aufklärung, so wurde deutlich, wird im medizinisch-rechtlichen und alltäglichen Sinne des Aufklärungsgespräches zwischen Ärzt_in und Patient_in verhandelt. Zur Bedeutung als Patient_innenrecht und Wahrung der Selbstbestimmung kommen mehrere weitere Bedeutungs-Ebenen hinzu:

Wenn es um Chancen und Risiken geht, wird Aufklärung häufig als steigerbarer Wert dargestellt. Vor allem wenn es darum geht, dass Frauen über ihr zu hohes Alter informiert werden müssen, scheint es besonders notwendig zu sein, aufzuklären. Aufgeklärt wird dann „radikal“, „dass es sich gewaschen hat“, „knallhart“ oder noch einmal „ausführlich(er)“. Häufig entsteht der Eindruck, als sei die Funktion dieser Erzählungen, die Frauen abzuschrecken und davon abzuhalten, sich für die Technologie hinter ‚Social Freezing‘ zu interessieren.

Aufklärung taucht auch im Narrativ über ‚Unwissen‘ auf, das über Fruchtbarkeit herrscht. So soll vermieden werden, dass die Patientinnen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren, bereits ‚zu alt‘ sind, wenn sie die Praxen aufsuchen. Die Unwissenheit über die eigene Fruchtbarkeit wird teils lächerlich gemacht und kann, wird sie aufgeklärt, zur Lösung demographischer Probleme beitragen. Aufgeklärt werden muss im Fall der Unwissenheit über Fruchtbarkeit häufig ‚gegen die Medien‘, die durch die Berichterstattung über Prominente die Realität ‚verzerren‘.

165 In den Interviews mit den Reproduktionsmediziner_innen bekam ich den Eindruck, dass Eizellspende nicht nur strafbar, sondern in gewisser Weise auch tabuisiert ist. Vielleicht spielt dabei die Tatsache eine Rolle, dass sogar die Beratung zur Eizellspende strafbar ist und relativ streng verfolgt wird (vgl. Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz 1990).

Auf der teilnehmend beobachteten Veranstaltung zur Fertilitätsprotektion in Innsbruck 2017, auf der es unter anderem um die Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen zur Konservierung der Fruchtbarkeit vor Krebsbehandlungen ging, wurde völlig selbstverständlich darüber diskutiert, Menschen über die Möglichkeit des Einfrierens per se aufklären zu müssen. Während also im Zuge sogenannter ‚medizinischer Gründe‘ (vgl. Kapitel 3.1) darüber aufgeklärt werden muss, dass es die Technologie überhaupt gibt, muss ab einem gewissen Alter und ohne ‚medizinische‘ Indikationen darüber aufgeklärt werden, dass die Technologie keinen Zweck habe. Es scheint, als habe Aufklärung so die Funktion einer Strategie, die falschen Erwartungen der ‚falschen‘ Patientinnen abzuwehren.

Gina Atzeni beschreibt in ihrer Studie über die soziologische Bedeutung der Sozialfigur Arzt (2016) „professionelles Erwartungsmanagement“ als Kern ärztlicher Selbstbeschreibungen:

„Die Bedeutung der Arztfigur (als sozialer Zurechnungsadresse) für die Medizin liegt nicht etwa darin, eine einzige und stabile Letztbegründung anzubieten, sondern, wie sich am Wandlungsprozess nachzeichnen lässt, in der kleinteiligen Form der Selbstdarstellung. Diese ermöglicht Anpassung an und Prägung von gesellschaftlichen Erwartungen und Erwartungserwartungen. Diese zeigen sich in ganz unterschiedlicher Form.“ (ebd., S. 18)

Als Aufklärende und Beratende passen die Reproduktionsmediziner_innen hier ihre Selbstbeschreibung an erwarteten Wandel an und gehen mit der bereits beschriebenen Verantwortungsverschiebung um (vgl. Kapitel 3.3). In diesem Sinne kann Aufklärung als Strategie gelesen werden, auf Erwartungen reagieren zu müssen, mit denen sich die Reproduktionsmediziner_innen im Lichte öffentlicher Diskussionen um ‚Social Freezing‘ in der Praxis mit Patientinnen konfrontiert sehen. Die Mediziner_innen tauchen hier als Experten_innen¹⁶⁶ auf, die Wissen besitzen, das den Frauen fehlt. Wie Atzeni es beschreibt, erzählen sie sich im Zuge einer „kleinteiligen Form der Selbstdarstellung“ als Aufklärer_innnen, Wissende und Helfende, aber auch als Verstehende, deren Aufgabe es ist, den Frauen die ‚richtigen‘ Informationen über ihre Fruchtbarkeit zu vermitteln (vgl. dazu Samerski 2013; Morrison 2008).

Hier könnte man auf den ersten Blick eine eher patriarchale Auffassung vom „Arzt-Patient-Verhältnis“ vermuten, da die Mediziner_innen als Wissende auftauchen und Frauen ‚die Wahrheit‘ über ihre Körper vermitteln müssen (Marckmann/Bormuth 2012, S. 98). Eher kann jedoch die von Feuerstein zuvor schon zitierte

166 Allgemein und überblicksartig zum Thema „Expertenwissen“ und die wachsende Bedeutung von Expert_innen, Berater_innen und Ratgeber_innen, vgl. Stehr und Grundmann 2010.

„Wiederkehr des Paternalismus, wenn auch im neuen Gewand“ (ebd. 2011, S. 286) beobachtet werden, die mit verschiedenen Logiken umgehen muss. Durch die Wahrung und das Betonen des Selbstbestimmungsrechtes der Patient_innen, müssen die Reproduktionsmediziner_innen die ‚richtige‘ Entscheidung nicht mehr treffen, sondern dazu ‚nur‘ beraten, aufklären oder überreden. In einem dem (permanenten) Wandel unterworfenen Feld der Medizin ist auch die Rolle des Verhältnisses zwischen Ärzt_innen und Patient_innen, so konnte bereits gezeigt werden, im Wandel begriffen. Das Sprechen hierüber hat für die Mediziner_innen vielleicht die Funktion, den Widerspruch aus ‚Machbarkeitsversprechen‘ und ‚natürlichen Grenzen‘ auszublenden und, wie bereits gezeigt wurde, Verantwortung zu teilen.

Die Reproduktionsmediziner_innen inszenieren sich innerhalb dieser geteilten Verantwortung als diejenigen, die Wissen bereitstellen und medizinisch beraten. Ihnen gegenüber stehen Frauen, die hier als unwissend und hilfsbedürftig dargestellt werden. Sie sind ‚zu spät dran‘, „schlicht“ und von ‚den Medien‘ ‚falsch‘ informiert. Ihnen fehlt Wissen¹⁶⁷ über ihren Körper und den Verlust ihrer Fruchtbarkeit, das Mediziner_innen ihnen oft, so das Narrativ, *schonungslos* bereitstellen müssen.

Es wird das Bild einer Patientin produziert, die deshalb informiert werden muss, weil sie zu wenig weiß. Diese Patientin ist es, die ‚eigentlich‘ nicht in die Praxen kommen soll. Es ist die bereits ‚aufgeklärte‘ (junge) Frau, die vorsorgen und selbst entscheiden kann. Sie kann erreicht werden, indem frühzeitig über Kinderwunsch aufgeklärt wird. Aufklärung wird dahingehend ferner als Strategie erzählt, die ‚ideale‘ weil aufgeklärte und selbst entscheidende Patientin zu erreichen. Um diese Figur wird es im Folgenden gehen.

167 Dabei geht es weniger um die in der Wissenssoziologie gebräuchlichen Begriffe von „Wissen“ und „Körper“ (etwa Keller/Meuser 2011). Reiner Keller und Michael Meuser fassen in ihrem Sammelband „Körperwissen“ Perspektiven der Körper- und der Wissenssoziologie zusammen, die sich der Frage widmen, wie sozialkonstruktivistisch-wissenssoziologische Handlungstheorie, Bourdieusche Praxistheorie und menschliche Körperlichkeit zusammen hängen (ebd. S. 11). Es geht dabei mehr um „Wissen des Körpers“ (S. 24 f.) als darum, in welchen Machtverhältnissen Wissen oder Unwissen über Körper relevant wird.

5.2 Aufklärung der Bevölkerung: die Lösung aller Probleme?

A: „Und diese Aufklärung erhoff ich mir im Moment hier in Deutschland eher durch die Frauenärzte weil die die Frauen früh früher sehen ja? Die begleiten die teilweise seit der ersten Pilleneinnahme so ungefähr ne? Ähm also die wären sicherlich Ansatzpunkt, ich würd jetzt nicht so weit gehen das in den Schulen schon publik zu machen, da würd ich eher aktiv für den Kinderwunsch werben, dass die Frauen nach ihrer Ausbildung nicht zu lange warten, den zu realisieren (...) Also da erwischt man die Frauen vielleicht eher tatsächlich über die Presse ne? Frauenzeitschriften äh Dokumentationen irgendwie im Fernsehen oder so.“ (Dr. A: 655–666)

Dr. Abels bezieht sich zuvor im Interview auf internationale Kolleg_innen, vor allem in Spanien, die in Schulen für ‚Social Freezing‘ und Eizellspende werben. Sie möchte auch „aktiv werben“, jedoch lieber nicht in Schulen, sondern entweder durch aufklärende Gynäkolog_innen oder durch „die Presse“ in Form von Frauenzeitschriften oder Dokumentationen. Inhalt der Werbung ist die Aufforderung, einen Kinderwunsch lieber früher zu erfüllen, als zu lange zu warten. Gynäkolog_innen kommen früher mit ‚jüngeren‘ Patientinnen in Kontakt, die sie auf einen Kinderwunsch ansprechen könnten. „Die Presse“ dient hier als mögliche Informations- und Aufklärungsquelle im Gegensatz zur oben beschriebenen Quelle ‚falscher‘ Hoffnungen und Vorstellungen. Werbung wird nur delegitimiert, so wird deutlich, wenn sie den ‚falschen‘ Zwecken dient. Wie Kapitel 3.1 gezeigt hat, sind dies ökonomische Zwecke. Dient Werbung der Aufklärung und Information junger Frauen, dem Zweck, ihnen Wissen über ihre drohende Unfruchtbarkeit zu vermitteln, scheint sie legitim zu sein. Die Aufklärung und Werbung soll hier in der Schlussfolgerung dafür sorgen, dass keine ‚falschen‘ Patientinnen mehr ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen wollen, weil sie entweder ‚früher‘ Kinder bekommen oder bereits ‚früher‘ für das Einfrieren ihrer Eizellen gesorgt haben.

Während im vergangenen Kapitel Erzählungen von Aufklärung auf der Ebene alltagsrelevanter medizin-rechtlicher Strategien im Umgang mit der ‚falschen‘ Patientin durch Aufklärung als Abschreckung und Aufklärung reproduktiven Unwissens im Fokus standen, werden zuletzt nun Verhandlungen zusammengefasst, die Aufklärung als konkretes Mittel besprechen, um auf einer *breiteren* Ebene Unwissen und die ‚falsche‘ Patientin zu vermeiden.

Aufklärung über den Kinderwunsch wird zur Bevölkerungsstrategie. Dabei wird zum einen häufig darüber gesprochen, *wer* aufklären muss. Es wird bemängelt, dass Reproduktionsmediziner_innen erst ‚spät‘ mit Frauen in Kontakt kommen,

die meist eben nicht mehr ‚jung‘ genug für ‚Social Freezing‘ wären. Zum einen sehen sie daher wie Dr. Abels einen Ort der frühen Aufklärung in der Gynäkologie. Durch das Auslagern frühzeitiger Aufklärung durch Gynäkolog_innen sowie die Aufklärung über Fruchtbarkeit an Schulen, könnten junge Menschen erreicht werden, die dann präventiv das Risiko von Unfruchtbarkeit managen sollen. Die Logik dahinter sieht vor, dass junge Frauen zu selbstbestimmten und autonomen Entscheidungen beraten werden. Zum anderen wird innerhalb der Verhandlung von Aufklärung als Mittel zur Vermeidung der ‚falschen‘ Patientin das Ziel der Aufklärung mit eben jener autonom entscheidenden Patientin formuliert. Diese Figur verspricht, die Lösung der Problematisierungen, die mit ‚Social Freezing‘ einhergehen zu sein. Die Idee der selbstbestimmten Entscheidung, die gut informiert ist und aufgeklärt getroffen werden kann, kann als Strategie der Mediziner_innen gelesen werden, Ambivalenzen ihres Arbeitens in der Reproduktionsmedizin auszuhalten. Im Anschluss daran werden die unterschiedlichen Ebenen der Aufklärung noch einmal zusammengefasst und innerhalb der Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin reflektiert (5.3).

Frühe Aufklärung über den Kinderwunsch

A: „Aber es sollte vielleicht auch mehr Einzug gewinnen auch in der Beratung bei Gynäkologen, ne wenn die die Frauen regelmäßig sehen so einmal im Jahr zur Krebsvorsorge wird ja auch immer wieder das Thema Kinderwunsch angesprochen wie sieht es denn aus; sollen wir die Pille jetzt mal absetzen und so weiter; dass man da dann vielleicht auch mal rechtzeitig dran denkt die Frauen drauf hinzuweisen Sie wissen es gibt auch die Möglichkeit dass, und falls die Frauen dann Interesse zeigen dass sie sich auf jeden Fall mal in Beratung begeben und mal hören.

I: Aktuell is es noch nicht so oder?

A: Unterschiedlich also wir ham Frauenärzte die da sehr vif sind, ne? Aber es gibt natürlich auch viele konservative Frauenärzte die das äh gar nicht zur Sprache bringen.“ (Dr. A: 483–494)

Die Gynäkologie wird hier zu einem Ort außerhalb der Reproduktionsmedizin, an dem Aufklärung im Sinne von Informationsgabe als Lösung des Dilemmas der ‚falschen‘ Patientin beschrieben wird. Das Unwissen, resultierend aus ‚der Werbung‘ oder ‚den Medien‘, könnte dort im Kern beseitigt werden.

Dr. Abels überlegt an dieser Stelle im Interview, wie es möglich wäre, Frauen dazu zu bringen, sich frühzeitig über ihre Fruchtbarkeit ‚bewusst zu werden‘. Die Idee, mit „der Beratung“ von Frauen bei Gynäkolog_innen zu beginnen, rührt daher, so geht es aus den Interviews und Gesprächen mit Reproduktionsmedizi-

ner_innen hervor, dass diese, wie im Beispiel oben ausgeführt, im Rahmen der Krebsvorsorge eher mit jungen Frauen in Kontakt kommen. Wenn ohnehin schon Frauen nach ihrem Kinderwunsch gefragt werden, könnte ihnen in diesem Zuge „rechtzeitig“ eine *Beratung* mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der Kryokonservierung ihrer Eizellen angeboten werden. Die Beschreibung der imaginären Beratungssituation über den Kinderwunsch klingt eher nach patriarchalem Eingriff als nach Patientinnen-Autonomie: „wie sieht es denn aus; sollen wir die Pille jetzt mal absetzen und so weiter“ macht aus einer jungen Frau eine beratungsbedürftige Person, die nicht alleine entscheiden kann, sondern die zur Entscheidung Hilfe beziehungsweise Beratung braucht. Sie und ihr_e Gynäkolog_in treffen zwar in der Form „wir“ nicht gemeinsam eine Entscheidung, sie wägen aber gemeinsam ab, wann die Frau Kinder bekommen soll. Die junge Frau im Beispiel braucht nicht nur eine Beratung zu beispielsweise Verhütungsmitteln – die sie in Form der Pille einnimmt – sie muss auch in der Lebensplanung und ihrem Kinderwunsch medizinisch unterstützt werden, um ihre Fruchtbarkeit nicht zu vergessen. Möchte sie in diesem Augenblick noch keine Kinder, soll sie auf Technologie aufmerksam gemacht werden, die dazu genutzt werden kann, die Funktion ihrer Eizellen aufrecht zu erhalten.

Nicht nur Schwangerschaft, wie Sänger et al. es formulieren, auch Kinderwunsch wird hier zur „technologieabhängige[n] und dienstleistungsbedrftige[n] Passage“ (ebd. 2013, S. 56). Medizinisch soll hier auch überwacht werden (vgl. Armstrong 1995), ob sich junge Frauen rechtzeitig damit auseinandersetzen, einen Kinderwunsch zu haben und/oder zu planen. In ihnen schlummert, wie bereits gesehen, das Risiko, eines Tages unfruchtbar zu sein. Kinderwunsch wird hier dadurch medikalisiert, dass ein_e medizinische_r Expert_in diesen überwachen muss und ihn durch das Antizipieren potenzieller altersbedingter Unfruchtbarkeit als risikoreich für die Zukunft einführt (vgl. Ullrich 2012).

Das Narrativ des gemeinsamen Abfragens eines Kinderwunsches erinnert an das, was Samerski „professionellen Entscheidungsunterricht“ nennt (ebd. 2013). Durch Expert_innen sollen Patient_innen darin geschult werden, mündige Entscheidungen treffen zu können. In allen Lebenslagen werden Menschen dazu aufgefordert und teilweise professionell mit pädagogischen Maßnahmen dazu befähigt, mündige Entscheidungen zu treffen. Die Entscheidung hier besteht darin, einen Kinderwunsch zu planen und ihn entweder ‚früh‘ in die Tat umzusetzen oder für später technologisch vorzusorgen. berwachende und gegebenenfalls Beratende sollen in diesem Fall Gynkolog_innen sein. Gynkolog_innen, die keine „Beratung“ wie diese anbieten, bezeichnet Dr. Abels als „konservativ“, die anderen sind „vif“, also aufgeweckt und schlau.

Dr. Burkhard beklagt, dass zu wenige Gynäkolog_innen wie in Dr. Ables Beschreibung „vif“ sind:

B: „(...) wobei bei den meisten Gynäkologen dieser Gedanke des Social Freezings nicht da is ja? Das muss man auch ganz klar sagen also die klären die Patienten nicht drüber auf ja? Also äh wenn ich jetzt vier Jahre in die Antarktis gehe zum Forschen ja? (...) Oder wenn eine Frau wirklich ein ganz schwieriges Projekt hat definitiv keine Chance hat äh irgendwas und dann muss man des raten aber dann muss der Gynäkologe drüber aufklären denn zu uns kommen nur Frauen die überwiesen werden vom Gynäkologen oder irgendwie durch Hörensagen was von Social Freezing gehört haben (...)“ (Dr. B: 194–204)

Das Problem wird hier darin beschrieben, dass Gynäkolog_innen nicht an ‚Social Freezing‘ denken. In der Formulierung „Das muss man auch ganz klar sagen also die klären die Patienten nicht drüber auf ja?“ wirkt er fast verärgert darüber, dass die Kolleg_innen aus der anderen Disziplin nicht über Fruchtbarkeitsverlust aufklären. Die imaginäre Forscherin im ewigen Eis, der Dr. Burkhard das Einfrieren ihrer Eizellen empfehlen würde, wurde bereits in Kapitel 4.1 (vgl. S. 128) besprochen. Es wird deutlich, dass die Frau, die im zweiten Beispiel hier ein „ganz schwieriges Projekt hat“, nicht von ihm beraten werden müsste, sondern von ihrer_r_m Gynäkolog_in, da er, Dr. Burkhard, gar keinen Kontakt zu diesen Frauen habe. Er als Reproduktionsmediziner kommt salopp formuliert also nicht an die Frauen heran, weil diese erst mit ihm in Kontakt kommen werden, wenn es ‚zu spät‘ ist und sie schon eine Überweisung zu ihm haben oder sich selbst informiert haben. ‚Der Gynäkologe‘ wäre also derjenige, der darauf hinweisen müsste, dass es Social Freezing gibt.

Dr. Burkhard möchte in diesem Zug auch unaufgeklärte Gynäkolog_innen aufklären:

B: „Ähm also man muss schon aufklären aber die Gynäkologen tun’s extrem zurückhaltend ja? Da müssen schon die Patientinnen selber fragen was halten Sie von Social Freezing und die meisten Gynäkologen sagen weiterhin ja da halt ich gar nix davon is’n Quatsch is doch Blödsinn suchen se sich ’n Mann werden Sie schwanger sind doch ’ne junge gesunde Frau und äh von da kommt wenig ja? (...) Und wir klären die Gynäkologen schon drüber auch auf im Gespräch über die äh was ist dahinter was sind die Risiken ja? Was äh wann in welcher Situation würden wir’s empfehlen ja? (3) Zum Beispiel.“ (Dr. B: 214–222)

In diesem Abschnitt stellt Dr. Burkhard aktive, informierte Patientinnen „zurückhaltend[en]“ Gynäkolog_innen gegenüber, die im Narrativ gut mit den zuvor von Dr. Abels beschriebenen „konservativen“ Fachkolleg_innen zusammenpassen. Sie stufen ‚Social Freezing‘ als „Quatsch“ und „Blödsinn“ ein und halten junge Frauen dazu an, ‚einfach‘ einen Mann zu suchen und schwanger zu werden. In seiner Selbstbeschreibung, die Dr. Burkhard durch diese Abgrenzung hier vornimmt, tritt er im Gegensatz zu den Ausführungen über „schlicht[e]“ Frauen (Dr. B: 548), die ihre Fruchtbarkeit nicht einschätzen können (vgl. S. 207) oder Frauen, die lieber Karriere machen wollten als Kinder zu kriegen und mit denen Dr. Burkhard „kein Mitleid“ (Dr. B: 512) hat (vgl. S. 59), als Verbündeter der Patientinnen auf, die von den Gynäkolog_innen nicht aufgeklärt werden. Der Unterschied ist der, dass die Frauen hier ‚jung‘ (und „gesund“) sind und aktiv selbst nach ‚Social Freezing‘ fragen, während die anderen ‚zu spät‘ sind und eventuell etwas von Dr. Burkhard als Reproduktionsmediziner erwarten, was er nicht leisten kann. Darauf werde ich später noch einmal zurückkommen.

Er als Reproduktionsmediziner muss also manchmal nicht nur Patientinnen aufklären (vgl. Kapitel 5.1), sondern auch Gynäkolog_innen, die aus seiner Perspektive nicht daran denken, dass es für die Patient_innen einmal ‚zu spät‘ sein könnte. Die Kolleg_innen, die zu einem früheren Zeitpunkt mit Frauen in Kontakt seien, müssten ‚Social Freezing‘ somit im Hinterkopf haben und Frauen empfehlen, die ansonsten Gefahr laufen würden, keine Kinder zu bekommen. In dieser Darstellung hat er als Reproduktionsmediziner die Deutungshoheit und muss Gynäkolog_innen aufklären. Wenn Gynäkolog_innen aufgeklärt sind, so die Logik und Frauen ‚früh genug‘ beraten würden, kämen die oben gezeigte ‚falsche‘, aber auch die ‚unerwünschte‘ Patientin, die er „abschrecken“ (Dr. B: 294) müsste, nicht mehr zu Dr. Burkhard.

Was sich hier zeigt, ist ein häufig für den Kontext ethischer Auseinandersetzungen zu beobachtendes Muster des Auslagerns in andere Bereiche, die nach anderen Logiken funktionieren und deshalb ganz andere Probleme bearbeiten (vgl. etwa Nassehi et al. 2008). Aus Dr. Burkhard's oder Dr. Abels Perspektive ist es schlüssig, auf frühe Aufklärung von Seiten der Gynäkologie zu hoffen, während dies für Gynäkolog_innen in der täglichen Praxis vielleicht nicht notwendig zu sein scheint.

Auf dem Symposium in Barcelona taucht die Figur unaufgeklärter Gynäkolog_innen als Quelle ‚falscher‘ Informationen über Fruchtbarkeit auf, wie die zuvor schon genannten ‚Medien‘. Im Vortrag einer Medizinerin aus Spanien wird im Zuge dessen ein klares Ziel formuliert:

„Am Ende ihres Vortrages stellt die Referentin fest, dass es in der Zukunft mehr und mehr Frauen geben wird, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen:

Social Freezing könne als sicher und effektiv während der fruchtbaren Jahre beschrieben werden. Es gebe aber genau deshalb eine kollektive Aufgabe für alle Expert_innen aus dem Bereich: das Alter der Patientinnen zu senken, die es in Anspruch nehmen. Um das zu erreichen sei ‚Education‘ während der Behandlung aber vielleicht auch schon zuvor unter Expert_innen eine zentrale Aufgabe. Alle im Raum müssen nun daran arbeiten, so die Referentin weiter, die Erwartungen der Frauen anzupassen (‚to manage womens’ expectations‘). Dazu gehöre es selbstverständlich, keine falschen Hoffnungen zu verkaufen und aufzuklären, wann die beste Zeit dafür ist und wann es am effektivsten ist.“ (Protokoll Barcelona JF)

Die Vortragende gibt hier eine Zukunftsprognose für ‚Social Freezing‘ ab, die eingeschränkt für die fruchtbaren Jahre von Frauen gilt und aus der sich die „Aufgabe“ der Aufklärung für alle Expert_innen ergibt. Aufklärung wird hier aus dem Begriff „education“ abgeleitet (Übersetzung: JF), der aber auch die Bedeutungen Bildung und Erziehung haben kann. Dem geht die oben beschriebene Unterstellung von Unwissenheit über Fruchtbarkeit voraus. Daran ist nun die Erwartung geknüpft, dass mit mehr Wissen über Unfruchtbarkeit mehr Frauen zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen würden. Auch hier greift das Argument der frühzeitigen Aufklärung durch Mediziner_innen anderer Fachgebiete. Aus Aufklärung im medizinischen Sinne wird auch an dieser Stelle Aufklärung von Frauen im Allgemeinen, Aufklärung der *Bevölkerung*. Aufgeklärt werden muss darüber, dass Fruchtbarkeit nicht unendlich ist und darüber, was technologisch möglich ist. Ziel ist es „to manage womens’ expectations“, also eine Art ‚Management von Erwartungen‘¹⁶⁸ zu betreiben, das ‚aufgeklärte‘ oder ‚ideale‘ Patientinnen hervorbringen soll. Wären die Erwartungen der Frauen angepasst und sie mit den ‚richtigen‘ Informationen ausgestattet, könnte ‚Social Freezing‘ „sicher“ und „effektiv“ eingesetzt werden. Mit der Technologie kann nur ‚richtig‘ umgegangen werden, wenn die ‚richtigen‘ Voraussetzungen gegeben sind, so das Bild (vgl. Samerski 2013).

Dr. Burkhardt geht im Interview einen Schritt weiter und berichtet über Aufklärung über Kinderwünsche in Schulen:

168 Im Gegensatz zu Gina Atzenis Begriff des „Erwartungsmanagement“ (ebd. 2016), den ich weiter oben ausgeführt habe (vgl. S. 210), geht es hier darum, die ‚falschen‘ Erwartungen der Frauen zu ‚berichtigen‘. Auf einer weiteren Ebene gedacht gehört dies jedoch auch zum „professionellen Erwartungsmanagement“, weil damit unerwünschte Erwartungserwartungen versucht werden zu managen.

B: „(...), wir machen ganz viel Aufklärung ((klopft mit Hand im Takt seiner Worte auf den Tisch)) (...). Wir haben so einen Film jetzt gemacht der is letztes Jahr rausgegangen;

I: Ah echt?

B: Für die Schulen wo es nicht mehr um Verhütung geht sondern um Kinderwunsch. Das wird den 16- 17-jährigen gezeigt (...) weil wir eben äh das schon frühzeitig in die Schulen bringen wollen dass eben Kinderwunsch was is was man nicht auf die lange Bank schieben kann. Nicht endlos. Und das is etwas was wir und da muss ich jetzt echt mal für alle meine Kollegen ne Lanze brechen. Es geht nicht darum dass wir nicht genug zu tun hätten, oder Angst haben dass wir zu wenig zu tun haben. Wir finden's schade dass wir so viel zu tun haben.“ (Dr. B: 971–977)

Dr. Burkhard verleiht auch hier seinen Worten Nachhaltigkeit, indem er im Takt seiner Worte auf den Tisch klopft. Er und seine Kolleg_innen (auf wen sich das „wir“ genau bezieht ist unklar), machen „ganz viel“ Aufklärung. Im Stil von Aufklärungsvideos, die im Rahmen der Sexualerziehung in Schulen gezeigt werden, habe er mit unbekannten anderen gemeinsam („wir“) „so einen Film gemacht“, in dem es nicht mehr nur um die bisherigen Inhalte („Verhütung“) ginge, sondern darum, über das Thema „Kinderwunsch“ und somit über die Endlichkeit von Fruchtbarkeit aufzuklären und zu informieren. Dr. Burkhard spricht für „alle [seine] Kollegen“, es ist jedoch unklar, ob seine Kolleg_innen in seiner Praxis oder alle Reproduktionsmediziner_innen gemeint sind, die es bedauern, viel Arbeit zu haben. Er befreit sie hier vermutlich von der Erwartung eines Vorwurfes, aus kommerziellem Interesse zu handeln, aus „Angst“, nicht genug Arbeit zu haben. So steht die (Mit-)Produktion eines Aufklärungsfilmes kontraintuitiv zu den Interessen, die er als unterstellt erwartet. Reproduktionsmediziner_innen wollen nicht so viel Arbeit haben, wenn dafür Menschen früher Kinder bekommen und nicht aus Gründen altersabhängigen Fruchtbarkeitsverlustes ihre reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, so die Logik. In diesem Kontext wird ein Teil der Arbeit von Reproduktionsmediziner_innen als ‚eigentlich‘ überflüssig dargestellt. Es ist der Teil, der aus nicht medizinischen Gründen anfällt (vgl. Kapitel 3), sondern deshalb, weil Kinderwünsche „auf die lange Bank“ geschoben würden. Über diesen Teil seien die Reproduktionsmediziner_innen betrübt, sie fänden es „schade“.

Aufklärungskampagnen wie die im Beispiel hier, die in Lehrplänen verankert sind, gehören zum Repertoire moderner biopolitischer Interventionen (vgl. etwa Armstrong 1995; Rose 2001). Jugendliche werden hierin dazu aufgerufen, ihre

Fruchtbarkeit zu kennen und einen Kinderwunsch zu planen und zu managen.¹⁶⁹ Der Aufklärungsgestus hinter diesem Film steht im Kontrast zu dem bisher gezeigten Aufklärungsfilme, weil diese unter anderem über Verhütungsmethoden zur Vermeidung ‚zu früher‘ Schwangerschaften informieren. Nun ist es das Ziel, auch ‚zu späte‘ Schwangerschaften zu vermeiden. Kinderwunsch wird nicht nur, wie bereits oben nach Sänger et al. (vgl. ebd. 2013, S.56) benannt (vgl. S. 159), zur „technologie- und dienstleistungsbedrfelige[n] Passage“, sondern wird durch das Hinweisen auf das Risiko von Unfruchtbarkeit frühzeitig potentiell medikalisiert und pathologisiert (vgl. etwa Sänger et al. 2013; Sänger 2018; Ullrich 2012; Lemke 2004b). Unfruchtbarkeit kann so, früh antizipiert, präventiv verhindert werden (vgl. zur Kulturgeschichte der Prävention Lengwiler/Maradsz 2014).

Silja Samerski untersucht genetische Beratung und Aufklärungskampagnen, die im Zuge genetischer Aufklärung der Gesellschaft Menschen zu mündigen Brger_innen ‚erziehen‘ sollen, über den Zustand ihrer Gene und den womöglich existierenden Risiken Bescheid zu wissen (vgl. ebd. 2010, S. 22 ff.). Aufklärung als Idee der Bevölkerungsstrategie, wie sie hier im Diskurs um ‚Social Freezing‘ auftaucht, ist auf den ersten Blick anders gelagert als genetische Beratung, weil es nicht um das Verstehen und Kennen der DNA und Risiken des eigenen Erbgutes geht. Betrachtet man die Logik der Aufklärung bei ‚Social Freezing‘ genauer, so fällt auf, dass sie nach den gleichen Prinzipien funktioniert. Das Risiko der Unfruchtbarkeit mit steigendem Alter ist ebenso genetisch bedingt. Es betrifft das Geschlechtschromosom, weil alle Frauen davon betroffen sind. Alle Frauen werden deshalb auch dazu aufgefordert, sich auf die eine oder andere Weise präventiv frühzeitig mit diesem Risiko auseinander zu setzen.

Aufklärung wird in den gezeigten Fällen als eine Art Präventions-Strategie benutzt. Um in Zukunft zu vermeiden, die ‚falschen‘ Patientinnen anzutreffen, wird vorgesorgt und versucht, die „Kontingenz der Zukunft zu bndigen“, wie Ulrich Bröckling es formuliert (ebd. 2008, S. 39).

„Der Unbestimmtheit des Begriffs – das einzige, was die heterogenen Formen präventiven Handelns verbindet, ist ihre zeitliche Struktur: das Zuvorkommen – entsprechen die praktischen Ambivalenzen vorbeugender Interventionen.“ (ebd.)

169 Auf den ersten Blick könnte es in diesem Aufklrungsfilm auch darum gehen, eine Art ‚Marktbewusstsein‘ für Reproduktionsmedizin oder speziell ‚Social Freezing‘ zu schaffen. In der Version des Films, die im Zuge einer Recherche nach dem Interview zugänglich war, ging es nicht explizit um ‚Social Freezing‘. Aus Gründen der Anonymisierung kann ich nichts Weiteres über diesen Film preisgeben. Festzuhalten bleibt jedoch, dass, egal aus welchen Gründen dieser Film produziert wurde, es anschlussfähig zu sein scheint, Jugendliche über Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit aufzuklären zu müssen.

So geht es um die Idee, vorzusorgen und aus Schüler_innen oder jungen Frauen verantwortungsbewusste Bürger_innen zu machen, die ihre Risiken kennen. Das Risiko hier besteht darin, zukünftig potentiell keine eigenen Kinder bekommen zu können. Sowohl mit der Idee der Aufklärung durch und von Gynäkolog_innen als auch der Aufklärung in Schulen geht es jeweils darum, ‚früh genug‘ einzugreifen, weil es zum Zeitpunkt, zu dem Frauen reproduktionsmedizinische Kontexte aufsuchen, oftmals schon ‚zu spät‘ ist. Vorsorgen statt Reparieren könnte das Credo hierbei sein. Expert_innen haben die Aufgabe, die Informationen zu liefern, die die verantwortungsbewussten Bürger_innen brauchen, um die ‚richtigen‘ Entscheidungen zu treffen. An dieser Stelle soll noch einmal der oben (vgl. S. 214) eingeführte Begriff des „professionelle[n] Entscheidungsunterricht[es]“ von Samerski reflektiert werden, der genau das beschreibt, was die Funktion der Aufklärung hier sein soll.

„Professioneller Entscheidungsunterricht ist eine Sozialtechnologie, die das Leitbild des aufgeklärten, selbstbestimmten Individuums mit einer subtilen Steuerung des Denkens, Wollens und Handelns verknüpft. Indem sie entscheiden – Ausdruck ihrer Autonomie –, werden Klienten zu berechnenden und berechenbaren Entscheidern.“ (Samerski 2013, S. 159)

Das Ziel jeder Form von Aufklärung ist die Produktion dieser „berechenbaren“ Entscheiderinnen im Diskurs um ‚Social Freezing‘. Um sie wird nun gehen.

Aufklärung als Strategie: das Ideal der aufgeklärten Patientin

F: „Ich würde mich bemühen ordnungsgemäß aufzuklären, mit den Zahlen und das auch ähm ja nicht medizinisch da also gut verständlich darzustellen, dass man sich da was draus nehmen kann aus meiner Aufklärung, die Entscheidung muss die Frau natürlich selbst treffen, ähm (...)“ (Dr. F: 182–185)

Dr. Faller fasst für ein Aufklärungs-, Beratungs- oder Informationsgespräch zusammen, wie sie aufklären möchte: Verständlich muss es sein, weil die Frau die Entscheidung „selbst“ treffen müsse. Sie tritt in diesem Fall als Lieferantin von Informationen auf, mit denen sie die Frau zu einer eigenen Entscheidung bringen will. Um diese eigenen Entscheidungen und die Produktion der Entscheiderin soll es nun gehen. Über die Erzählung selbstbestimmter und informierter Entscheidungen wird das Ziel von Aufklärung und damit verbunden eine Idealvorstellung im Umgang mit ‚Social Freezing‘ beschrieben: die autonom entscheidende, emanzipierte und junge Frau, die in Form einer ‚idealen‘ Patientin auftritt, die ‚richtig‘ handelt.

A: „Also viele Frauen kommen auch hierher und sagen ((macht erschrockenes Geräusch)) ich bin jetzt aber schon 33 und ich hab immer noch keinen

Partner; was soll ich denn machen? Soll ich jetzt Eizellen einfrieren oder nich. Dann sagen wir natürlich naja im Moment sind se natürlich im besten Alter dazu; ja? Aber fühlen Sie sich denn überhaupt wohl damit. Sie sollten jetzt auch nicht irgendwie unter Druck Entscheidungen treffen die Sie dann hinterher bereuen und sagen jetzt hab ich hier viel Geld ausgegeben hab mich verschuldet ähm und in zwei Jahren is der Richtige da und Sie werden spontan schwanger. Ja? Aber das weiß man halt nich; und das ist ganz ganz schwierig die Frauen dahingehend auch zu führen und zu sagen medizinisch gesehen is es möglich aber überlegen Sie sich ob es den Aufwand wert is, und ob es wirklich sein muss. Ja?“ (Dr. A: 440–450)

„Frauen dahingehend auch zu führen“, eine ‚richtige‘ Entscheidung zu treffen, die sie hinterher nicht bereuen, sieht Dr. Abels als eine ihrer Aufgaben. Das Bereuen der Frauen könnte im Beispiel darin begründet sein, dass ‚Social Freezing‘ einen großen finanziellen Aufwand bedeutet, der im Falle des Aufkreuzens des „richtige[n]“ hinfällig werden könnte. Die Figur des ‚Richtigen‘, auf den gewartet oder nach dem gesucht wird, wurde in Kapitel 3.2 bereits besprochen. Frauen sollen eigene Entscheidungen treffen, mit denen sie sich *wohl fühlen* und die sie nicht „unter Druck“ treffen. Dies erinnert sehr an das zuvor schon ausgeführte Narrativ, es „für sich“ zu tun (vgl. ebenso Kapitel 3.2). Hier sind die Frauen erschrocken darüber, dass sie 33 Jahre alt sind und noch keinen Partner haben. Sie stehen nach Dr. Abels Auffassung deshalb unter Druck. Die Frauen in diesem Beispiel fragen Dr. Abels explizit „was soll ich denn machen?“. Sie gibt den Frauen dann zu bedenken, dass es ‚medizinisch‘ zwar ‚sinnvoll‘ wäre, die Frau selbst aber darüber entscheiden müsse, ob es auch notwendig sei, ihre Eizellen kryokonservieren zu lassen. Nicht, weil Dr. Abels das so sehe, sondern weil sich die Frauen mit den selbst getroffenen Entscheidungen, für die sie dann auch *selbst* verantwortlich sind, „wohl“ fühlen sollen. Dr. Abels wird als Helfende angesprochen, die sich als lenkende Kraft in der Entscheidungsfindung versteht. Fast klingt es so, als sei die 33-jährige partnerlose Frau mit Kinderwunsch in Panik geraten und Dr. Abels bringe sie „führen[d]“ wieder dazu, eine überlegte Entscheidung zu treffen und reflektieren zu können, wie dringend nötig ‚Social Freezing‘ für sie sei.

Dr. Abels erzieht im Sinne eines „professionelle[n] Entscheidungsunterricht[es]“ (Samerski 2013) die Frauen im Beispiel dazu, die Entscheidung ‚richtig‘ zu treffen. Ob für oder gegen ‚Social Freezing‘ entschieden wird, die Entscheidung hängt davon ab, ob in den nächsten zwei Jahren „der Richtige“ kommen und eine spontane Schwangerschaft möglich wird. Dies solle die Frau als Gedanken in ihre Entscheidung mit einbeziehen. Deutlich wird, dass ‚Social Freezing‘ weiterhin als zu vermeiden

dargestellt wird und Technologie in diesem Fall immer nachrangig im Vergleich zu spontanen Schwangerschaften bewertet wird.

Die Ungewissheit der Zukunft, die Dr. Abels anspricht, ist dem Phänomen schon inhärent. Präventiv soll, wie bereits ausgeführt, die Komplexität der Zukunft in der Gegenwart eingeschränkt werden, in der die Zukunft noch nicht gewusst werden kann (vgl. Bröckling 2008; Wambach 1983 darin v. a. Castel; Luhmann 1991). Die potentielle Gefahr, keinen Partner zu finden, wird dadurch in Dr. Abels Beispiel zum Risiko, das es sorgfältig abzuwägen gilt. In der Logik der frühen Aufklärung junger Menschen soll dieses Risiko präventiv durch frühes Kinderbekommen vermieden werden. Genauer betrachtet dient Aufklärung hier der Responsibilisierung der Frauen, selbst dieses Risiko zu vermeiden. Ist dies nicht mehr möglich, muss das Risiko, in den nächsten zwei Jahren keinen Partner zu finden, abgewogen und auch darüber eine informierte und eigenverantwortete Entscheidung getroffen werden.

Diese eigene, informierte Entscheidung wird in vielen Kontexten thematisiert und vor allem auf den Websites inszeniert:

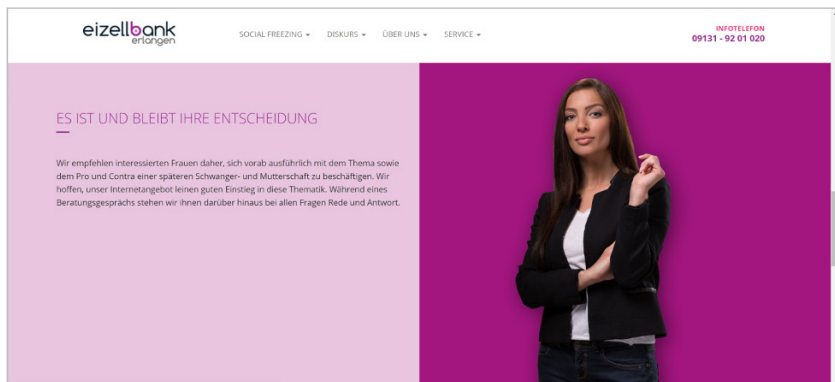


Abb. 20 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Psychosoziale Aspekte“

Die nun schon bekannte dunkelhaarige Frau der „Eizellbank Erlangen“ macht hier als Freisteller auf dem zur Corporate Identity der „Eizellbank Erlangen“ gehörenden Magenta-Hintergrund einen überlegenen und wissenden Eindruck. Wieder blickt sie die Betrachterin direkt an und scheint durch ihre Gestik (verschränkte Arme mit einem nach oben gehobenen Arm, den sie im nächsten Augenblick auch als Pose des Nachdenkens mit der Hand an ihr Kinn legen *oder* erklärend mit ausgestreckten Zeigefinger benutzen könnte) und Mimik (ein angedeutetes Lächeln mit

mahnend nach oben gezogenen Augenbrauen) das, was in der Headline im blassrosa Textfeld links neben ihr steht: „ES IST UND BLEIBT IHRE ENTSCHEIDUNG“ näherbringen zu wollen. Interessierte Frauen, so adressiert der Text die Betrachterin, bekommen von der Praxis empfohlen, sich selbst über Vor- und Nachteile einer „späteren Schwanger- und Mutterschaft“ zu informieren. Die Website soll dazu, so zeigt es sich hier, einen Beitrag leisten. Weitere Beratung erhalten Frauen vor Ort in einem Gespräch, wo „Rede und Antwort“ gestanden wird. Diese Bezeichnung klingt nach ‚sich-Verantworten‘ oder ‚rechtfertigen‘. Im Kontext der Aussage könnte dies den Zweck haben, den Status der autonomen und selbst entscheidenden Frau hervorzuheben, die selbst Bescheid weiß und kritisch Fragen stellen kann. Vor ihr muss in einem Beratungsgespräch „Rede und Antwort“ gestanden werden. Der einzige Aspekt, der hier als zu überlegend dargestellt wird, ist eine „spätere Schwanger- und Mutterschaft“, darüber muss die Frau sich selbst informieren und ihre eigene Entscheidung treffen.

Auch hier ist die Frau selbst für ihre Entscheidung verantwortlich. Entstehen wie auch immer geartete negative Auswirkungen aus einer „späteren Schwanger- oder Mutterschaft“, ist die Frau selbst dafür verantwortlich, die Entscheidung kann ihr später zugerechnet werden (vgl. Samerski 2013, Beck/Beck-Gernsheim 2004). Bereits in Kapitel 4.2 wurden Erzählungen gezeigt, die mögliche Folgen später Schwanger- und Mutterschaft antizipieren und befürchten lassen. Ist die Betrachterin der Website aufgeklärt oder informiert, kann sie *ihre* Entscheidung treffen.

Auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ ist die selbstbestimmte Entscheidung eines der zentralen Themen, wie bereits auf der Startseite durch die Headline „Jede Frau entscheidet. Selbst“ deutlich wurde.



Abb. 21 EE, Navigation: „Social Freezing“ – „Voraussetzungen“

Die Entscheidung, ‚Social Freezing‘ in Anspruch zu nehmen, muss individuell selbst getroffen werden. Die Aufgabe der „Eizellbank Erlangen“ wird hier darin

formuliert, alle Informationen „an die Hand zu geben“, die es für eine selbstbestimmte Entscheidung braucht. Wieder erinnert diese Rhetorik an die zuvor schon ausgeführte Forderung, es „für sich“ zu tun. ‚Social Freezing‘ zeigt sich hier als Technologie der „individuelle[n] Lebensplanung“, als Erweiterung von Möglichkeiten und damit anders als von Dr. Abels, die die Technologie als ‚eigentlich‘ vermeidend verstanden wissen will.

Was den beiden gemein ist, ist die Inszenierung der selbstbestimmten Entscheidung, die ‚geführt‘ oder beraten werden muss. So schreiben Silja Samerski und Anna Henkel:

„Die Förderung von Autonomie läutet nicht, wie man hoffen könnte, das Zeitalter eines entmedikalisierten und entprofessionalisierten Gesundheitssystems ein, im Gegenteil: Sie geht Hand in Hand mit einer neuen Form professioneller Vereinnahmung. Die Begriffe ‚Selbstbestimmung‘, ‚Partizipation‘ und ‚Entscheidung‘ bezeichnen nicht einfach neue Freiräume, sondern vor allem neue Erziehungsziele. Als selbstbestimmt und mündig gilt nur derjenige, der von Experten geschult worden ist. Patienten sollen nicht nach eigenem Gutdünken handeln, sondern lernen, sogenannte ‚informierte Entscheidungen‘ zu treffen.“ (ebd. 2015, S. 144)

Silja Samerski beschreibt den ständigen Aufruf zur selbstbestimmten Entscheidung durch Beratung und Aufklärung für alle Lebenslagen als allgegenwärtig in modernen Gesellschaften (ebd. 2010). Sie untersucht genetische Beratungssettings um herauszufinden, was die Beratenen über die Fach-Informationen hinaus in den Gesprächen mit Expert_innen lernen „(...) über sich selbst, ihr Sosein, ihr Urteilsvermögen und ihre Pflichten als Bürger einer technologischen Gesellschaft“ (ebd. S. 13).

„Genetische Beratung ist ein paradigmatisches Beispiel für eine professionelle Dienstleistung, die Patienten zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Entscheidung auf der Grundlage probabilistischer Risiken befähigen soll.“ (Samerski/Henkel 2015, S. 99)

Die Responsibilisierung von Patientinnen ist auch bei ‚Social Freezing‘ von großer Bedeutung. Auch hier scheinen die Mediziner_innen die Frauen in den Praxen zu einer selbstbestimmten Entscheidung beraten oder erziehen zu wollen, die Wahrscheinlichkeiten und Risiken mit einkalkuliert.

An einer anderen Stelle auf der Website der „Eizellbank Erlangen“ steigert sich die Erzählung der selbstbestimmten Entscheidung noch einmal und wird als *Recht* formuliert:

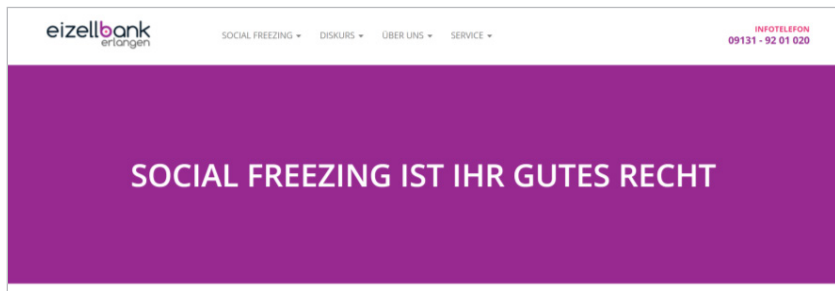


Abb. 22 EE, Navigation: „Diskurs“ – „Rechtliche Lage“

Es kann und muss nicht nur individuell, informiert und selbstbestimmt entschieden werden, ‚Social Freezing‘ wird als Recht formuliert, wovon Gebrauch zu machen jedem Menschen zusteht.

Durch die Umformulierung von der Entscheidung zum Recht, nimmt ‚Social Freezing‘ hier eine emanzipierende Komponente an. Frauen werden als autonome Subjekte angesprochen, die selbst frei über ihren Körper bestimmen und entscheiden können, die sogar ein Recht dazu haben, dies zu tun. Wie Paula-Irene Villa (2008) es beschreibt (vgl. Kapitel 3.2), sind es Forderungen der zweiten Frauenbewegung, an die der Aufruf zur Autonomie und selbstbestimmten Entscheidung hier erinnert. Villas These ist es, dass anhand der Verfügbarmachung weiblicher Körper in der Forderung „mein Körper gehört mir“ ganz im Sinne der Aufklärung nach Kant (1784) Geschlecht reflexiviert wird:

„Wo selbst ernannte Experten sind, soll das eigene Denken werden. Wo patriarchale Medizin und sexistische Jurisprudenz ist, soll ich werden. Wo sexistische Männer über die Natur wachen, soll ein authentisches Körperselbst werden.“ (Villa 2008, S. 258).

Biopolitische Praktiken wie die der plastischen Chirurgie, die ebenso auf die Autonomie und Verfügbarmachung des eigenen Körpers zielen, funktionieren nach jener Logik der Befreiung und Selbstermächtigung.

„Denn feministische Selbstbestimmung und Selbstermächtigung hat faktisch – wohl entgegen jeglicher Absicht – den Weg bereitet für die „Sorge um sich“ im foucaultschen Sinne (Foucault 1977 [hier 1989]), für die Verwandlung von Frauen z. B. in Klientinnen des Gesundheitssystems, ihre Metamorphose in Risikoträgerinnen und Patientinnen, die sich dauernd selbst beobachten und bewerten müssen.“ (ebd., S. 259)

Durch die Adressierung von Patientinnen oder, wie noch zu zeigen sein wird, „Klientinnen“ beziehungsweise Kundinnen als autonom entscheidende, informierte und selbstbestimmte Subjekte kann auch im Phänomen des ‚Social Freezing‘ beobachtet werden, wie eine Möglichkeit zum Recht avanciert und gleichzeitig dazu, von ihm Gebrauch zu machen. ‚Social Freezing‘ wird an dieser Stelle als emanzipative und empowernde Möglichkeit erzählt, die aufgeklärte Frauen nutzen können und sollen, wenn sie nicht anderweitig Sorge um ihre Fruchtbarkeit tragen, Aufklärung ist hier Zeichen der Mündigkeit.

Auch Dr. Faller spricht in einem anderen Kontext vom Recht auf ‚Social Freezing‘:

F: „Weil das is ihr absoluter ihre absolut freie Entscheidung und keiner würde ’nem Mann ausreden diese Sonderausstattung an für diese Sonderausstattung an seinem Auto 8000 Euro auszugeben, und wo die Frau ihre 8000 Euro hin steckt is völlig egal ne? Also ne? Wenn sie sich dafür entscheidet dann is das ihr gutes Recht wenn sie hab ich am Anfang gesagt äh die Rahmenbedingungen geben sind.“ (Dr. F: 743–747)

Dr. Faller formuliert die Entscheidung, für ‚Social Freezing‘ Geld auszugeben als „gutes Recht“ und vergleicht es mit dem Recht eines Mannes, Geld für sein Auto auszugeben. Niemand dürfe deshalb versuchen, der Frau, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen möchte, diese Entscheidung „aus[zu]reden“. In ihrem geschlechterstereotypen Beispiel – der Mann interessiert sich für sein Auto, die Frau für Kinderkriegen und Reproduktion – wird die Kryokonservierung der Eizellen nicht mit dem Kauf eines Autos, sondern mit dem Kauf einer Sonderausstattung eines Autos auf eine Ebene gestellt. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass ‚Social Freezing‘ auch als Luxus, als ‚nicht-notwendig‘ und als Spielerei dargestellt wird, so wie die Sonderausstattung an einem Auto, die dem Mann Freude bereitet, zum Fahren des Wagens aber nicht notwendig ist. Die Legitimität der Anschaffung oder eben des Eingriffs wird dadurch nicht geschmälert.

Die zuvor schon von Dr. Faller gemachte Einschränkung gilt auch hier: nur wenn bestimmte Bedingungen erfüllt seien, habe die Frau ein „gutes Recht“ auf ‚Social Freezing‘. Dazu gehört der informed consent: die Frau muss über Risiken und mögliche Folgen aufgeklärt sein und informiert eingewilligt haben. ‚Social Freezing‘ wird hier implizit im Vergleich zum Mann als emanzipierend für die Frau dargestellt. Oft findet sich eine derart ermächtigende Rhetorik auch auf den Websites wie hier auf der Startseite von „Alles zu meiner Zeit“:



Abb. 23 AZ, Navigation: „Startseite“

Bereits in Kapitel 4.2 wurde im Zuge antizipierter Mutterschaft die bildliche Darstellung von Elternschaft auf der Startseite von „Alles zu meiner Zeit“ näher betrachtet (vgl. S. 174). Nun soll auch der darunter stehende Text mit in die Analyse aufgenommen werden:

Wir leben ein selbstbestimmtes Leben und möchten **selbst** festlegen, wann wir Eltern werden - geht das ?

Ich lebe mein Leben nach **meinen Regeln**. Aber kann ich auch meine biologischen Uhr beeinflussen ?

Meine **Vorsorgen und Versicherungen** decken alle meine Lebensbereiche ab – kann ich das auch für meine Fruchtbarkeit tun?

Abb. 24 AZ, Navigation: „Startseite“

Die Fragen, die hier auf der Startseite formuliert werden, spiegeln die Fragen wieder, die die Klinik für Betrachter_innen der Seite antizipiert. Inszeniert werden damit Betrachter_innen der Website als junge, emanzipierte Menschen, die nicht ‚fremd‘-, sondern „selbstbestimmt“ leben und es gewöhnt sind, für ihre eigenen Entscheidungen verantwortlich gemacht zu werden. Auch der Zeitpunkt des Elternwerdens soll selbst bestimmt werden, die „biologische Uhr“ soll nach den eigenen „Regeln“ funktionieren und für die „Fruchtbarkeit“ soll *vorgesorgt* sein und sie soll *versichert* werden. Durch diese drei Fragen, in denen zur Hervorhebung ihrer Bedeutung die Worte „selbst“, „meine[n] Regeln“ und „Vorsorgen und Versicherungen“ jeweils fett gedruckt sind, wird ‚Social Freezing‘ eingeführt. Alles soll „zu *meiner Zeit*“ statt-

finden, nicht mehr zu seiner (des Schicksals) Zeit. Die Antwort auf alle drei Fragen lautet im Kontrast zu allen anderen Erzählungen: ja. Durch die selbstbestimmte Entscheidung für ‚Social Freezing‘ kann, wie oben beschrieben, die Kontingenz der Zukunft eingeschränkt werden und eben auch *selbst* bestimmt werden, was geschieht. Hier wird die Selbstbestimmtheit der Entscheidung geradezu überbetont. Angesprochene Frauen, wie Männer, auch das ist im Diskurs ungewöhnlich, werden als kaum von ‚der Natur‘ eingeschränkt dargestellt. Nehmen sie (‚früh genug‘) Technologie in Anspruch, ist alles selbst bestimmbar. Natur taucht wieder als etwas auf, das technologisch verfügbar ist, ist man aufgeklärt genug. Die Website stellt dar, wie aufgeklärte Bürger aussehen, die über ihre Fruchtbarkeit Bescheid wissen und diese zu ihren Konditionen gemanagt haben.

Die Darstellung der beiden Elternteile, die je nach Geschlecht getrennt, mit den ihnen ähnlich sehenden Kindern zu sehen sind, ist die glücklicher, entspannter und zufriedener Menschen in Familien. Im Gegensatz zur Ästhetik der „Eizellbank Erlangen“, sind diese beiden Menschen durch die liebevollen und spielerischen Posen betont nahbar dargestellt, was wiederum im Kontrast zur Rhetorik der Selbstbestimmtheit steht. Liest man die Fragen im Text ohne Bilder, könnte man sich auch gut die drei Frauen der „Eizellbank Erlangen“ als emanzipierte Kundinnen vorstellen, die selbstbestimmt entscheiden. Die beiden Eltern mit ihren Kindern müssen nicht mehr aufgeklärt werden, denn sie sind bereits selbstbestimmt und wissen Bescheid. Im Gegensatz zu der in Kapitel 4.2 (vgl. S. 163) gezeigten Darstellung „der Eizellbank Erlangen“, „Manches“ beeinflussen zu können, können die Menschen hier technologisch assistiert *alles* beeinflussen, weil sie bereits ‚ausreichend‘ aufgeklärt sind.

Von bereits *aufgeklärten* Frauen (vgl. die ‚ideale‘ Patientin) ist auch in den Interviews die Rede. In Kapitel 3.2 wurden bereits die Figuren der ‚idealen‘, der ‚tatsächlichen‘ und der ‚unerwünschten‘ Patientin nachgezeichnet. Die Beschreibungen autonomer oder emanzipierter Frauen hier schärft noch einmal die Figur der ‚idealen‘ Patientin.

Dr. Burkhard beispielsweise spricht im Interview über Frauen, die seine Praxis aufsuchen, deren Profil sich im Laufe der Zeit verändert habe. Hier beschreibt er die aktuelle Situation:

B: „(...) der Druck geht von den Patientinnen aus geht von den Frauen aus ja? Also des is tatsächlich mal etwas was nicht von oben kommt was ich auch gut finde sondern was wirklich von der Frau selber kommt. Ich muss sagen ich muss auch also ich mag auch die Frauen lieber, die von sich aus hier kommen (...) aber die müssen selber des sich diese Aufklärung holen (...) Aber das die

von selber kommen und das nimmt zu ja? Also das nimmt definitiv zu ja?
Und die Frauen werden jünger weil klüger ja?“ (Dr. B: 227–235)

Im Gegensatz zu den, wie er sie nennt, „schlicht[en]“ Frauen [Dr. B: 548], die ‚den Medien‘ glauben, stellt er hier Frauen dar, die er ‚lieber mag‘. Ihm gefällt, so wird deutlich, dass „der Druck“ von Seiten der Patientinnen kommt, die Informationen oder Behandlungen fordern und nicht mehr aufgeklärt werden müssen. Vermutlich ist mit „von oben“ kommend „der Druck“ gemeint, den Reproduktionsmediziner_innen oder im besten Fall Gynäkolog_innen durch Aufklärung auf die Patientinnen ausüben könnten. Die Frauen, die er hier beschreibt, brauchen diese jedoch nicht, sondern suchen proaktiv ihn als Reproduktionsmediziner auf, um eine Behandlung zu verlangen. Im Gegensatz zu früheren Zeiten komme jetzt „tatsächlich mal etwas“ von den Frauen, die er als „klüger“ bezeichnet, weil sie früher die Praxen aufsuchen.

Auch Dr. Abels zeichnet im Gegensatz zum Bild der Patientin, für die es „eigentlich zu spät“ sei und vor der sie sich sträube, wie bereits gezeigt wurde, das Bild einer für sie ‚idealen‘ das heißt jungen Patientin:

A: „Also je jünger desto lieber, ähm wie gesagt Anfang 30 ist ideal, (...) ich würde schätzen so 90 Prozent sind Akademikerinnen also die (.) ähm: natürlich auch entsprechend aufgeklärt schon an uns herantreten, viel Vorabinformationen schon durch die Medien oder Frauenzeitschriften oder wo auch immer erworben haben, die dezidiert hierher kommen und sagen ich will wissen ist das für mich ne Möglichkeit. (...)“ (Dr. A: 109–116)

Im Gegensatz zu Dr. Burkhard's Nachzeichnen einer Entwicklung, die impliziert, dass in der Zwischenzeit tatsächlich vermehrt jüngere Frauen in die Praxen kommen, bleibt Dr. Abels Figur ein Ideal, das eher selten der Realität entspricht. 90 Prozent dieser ‚idealen‘ Patientinnen seien Akademikerinnen, die Informationen zur Aufklärung ihrer selbst aus ‚den Medien‘ genutzt haben. Sie sind bereits aufgeklärt und kommen „dezidiert“, also entschieden, bestimmt und eindeutig in die Praxen und fragen nach. Sie fragen dennoch Dr. Abels als Medizinerin, ob ‚Social Freezing‘ für sie in Frage komme und gehen im Gegensatz zu den zuvor thematisierten ‚falschen‘ Patientinnen trotz der „Vorabinformationen“ nicht einfach davon aus. Die Akademikerinnen in dieser Erzählung unterscheiden sich aber stark von den Akademikerinnen, die als ‚unerwünschte‘ Patientinnen erzählt wurden. Die Akademikerinnen hier sind jung, wohingegen die ‚Karrierefrauen‘ bereits zu ‚alt‘ sind für ‚Social Freezing‘. Die Akademikerin scheint insgesamt eine wichtige Figur im Diskurs zu sein. Auf sie wird später noch einmal eingegangen werden.

Dr. Burkhard erzählt in diesem Sinne von einer Gruppe von Frauen, die er aktuell behandle:

B: „(...) also da gibt's dann so momentan hab ich so ne (...) Connection ja? Da fliegen traumhaft schöne Frauen jung hier massenhaft an und lassen sich Social Freezen ja?

I: Echt?

B: Klar weil's bei uns billiger is als in Frankreich oder in Spanien (...) und des spricht sich dann rum (...) und so entstehen solche Connections ja? Aber aber ohne jede Not ja? Die könnten jederzeit Männer haben aber die wollen sich jetzt halt nicht festlegen.“ (Dr. B: 204–214)

Die „Connection“ zeichnet sich in dieser Erzählung dadurch aus, dass es sich um viele „traumhaft schöne“ und junge Frauen handle, die eine Flugreise in Kauf nehmen, um ‚Social Freezing‘ in Anspruch zu nehmen. Kennzeichnend ist dabei auch, dass diese Frauen Preise verglichen haben sich und deshalb in Deutschland behandeln lassen, weil die Behandlung kostengünstiger sei.¹⁷⁰ Die beschriebenen Frauen sind proaktiv, selbstbestimmt und vor allem: aufgeklärt, sie lassen präventiv, „ohne jede Not“ Eizellen einfrieren. In der Einfachheit der Darstellung von Frauen, die aufgrund ihres Aussehens nicht auf ‚Social Freezing‘ angewiesen sind, weil sie auch „jederzeit“ einen passenden Partner finden könnten, liegt eine Art des Schwärmens für diese Frauen, das sich stark von der abwertenden Darstellung der ‚unerwünschten‘ Patientin unterscheidet. Ungewöhnlich an der Erzählung der „Connection“ ist die Anzahl der zu behandelnden jungen Frauen. Während in den sonstigen Interviews meist aufgrund der Paradoxie des ‚Social Freezing‘ von eher wenigen Patientinnen die Rede ist, sind es hier „massenhaft“ Frauen. Diesem Kontrast ist zu entnehmen, dass die „Connection“ hier eher als ‚idealer‘ Ausnahmefall von der alltäglichen Praxis zu werten ist. Es ist ebenso das Zeichnen aufgeklärter Patientinnen, die aufgrund ihres Aufgeklärt-Seins Optionen haben.

Wieder ist das Merkmal, das die „Connection“ gutaussehender Frauen von der ‚Karrierefrau‘ unterscheidet, das Alter.

C: „Aber grundsätzlich sind es einfach Frauen die ihr ihr Schicksal in die Hand nehmen. Ihr Leben und sagen ok, ähm ich weiß nicht was die Zukunft

170 Dies könnte man als eine Art des Reproduktionstourismus sehen, der bisher aufgrund rechtlicher Beschränkungen aus Deutschland in andere Länder verläuft, in denen beispielsweise Eizellspende oder Leihmutterchaft erlaubt sind (vgl. etwa Bernard 2014 oder Bergmann 2014).

bringt ich weiß nur ich bin jetzt in einer tollen Position, mir macht mein Leben Spaß, es gibt diese tolle Technik, ich habe nichts gegen Technik also mach ich's. (...).“

Dr. Clausen beschreibt an dieser Stelle, welche Frauen ihn mit dem Wunsch ‚Social Freezing‘ durchführen zu lassen, aufsuchen. Er zeichnet ebenso das Bild von aktiven, emanzipierten Frauen, die vorausschauend planen und den Lauf der Dinge selbst bestimmen wollen. Sie sind glücklich in der Gegenwart, sie sind erfolgreich und aufgeschlossen. Sie nutzen ‚einfach‘ eine Technik, die es gibt, weil sie es können. Sie verfolgen damit kein größeres Ziel, sondern lassen sich alle Optionen offen. Ihre so geschaffene zukünftige Handlungsfreiheit und der so vergrößerte Möglichkeitsspielraum werden durch *Technik* eröffnet. Technik, die zur Verfügung steht und der sie aufgeschlossen gegenüber stehen. Sie verlassen sich also weder auf ihr Schicksal, das sie ja selbst in die Hand nehmen, noch auf ‚die eigene Natur‘ (ausführlicher dazu in Kapitel 3.2), die sie im Zweifelsfall ‚im Stich‘ lassen könnte, je nachdem, was die Zukunft bringen wird. Die Gegenüberstellung von Natur (das Schicksal) und Technik (hier gleichbedeutend mit ‚das Schicksal selbst in die Hand nehmen‘), die in der momentanen Situation der Frauen problematisch wäre (tolle Position, Spaß im Leben vs. Kinder bekommen, weil das Alter das biologisch beste dazu wäre, so das Narrativ), zeigt, wie aufgeklärt und proaktiv diese Frauen sind.

Sie unterscheiden sich, wie bereits erwähnt, wesentlich durch ihr *Alter* von der Figur der ‚unerwünschten‘ Patientin. Der Aspekt der Autonomie und Selbstbestimmtheit ergänzt die zuvor nachgezeichnete ‚ideale‘ Patientin um einen Aspekt, der als Strategie des Umgangs mit ‚falschen Vorstellungen‘ gelesen werden kann: Aufklärung als Responsibilisierung der ‚idealen Patientin‘.

Es hat sich zusammenfassend gezeigt, dass Aufklärung auf der Ebene der Bevölkerung als Strategie besprochen wird, frühzeitig dafür zu sorgen, ‚aufgeklärte‘ Frauen zu mündigen Bürgerinnen zu erziehen, die ihre Fruchtbarkeit selbst in die Hand nehmen. Dabei wurden Orte und Ziele von Aufklärung als Bevölkerungsstrategie besprochen. Bei ihren Gynäkolog_innen sollen diese ‚früh‘ beraten werden, ihren Kinderwunsch zu antizipieren und auf die Möglichkeit des ‚Social Freezing‘ hingewiesen werden. Auch Schulen wurden als Orte ganzer Aufklärungskampagnen genannt, die über Kinderwunsch aufklären sollen. Kinderwunsch wird in diesem Zuge medikalisiert und zum beratungsbedürftigen Risiko erklärt. Präventiv sollen dabei „berechenbare Entscheiderinnen“ (Samerski 2010) produziert werden, die sich ‚richtig‘ entscheiden können. Das Ziel dieser Aufklärungsstrategie ist die ‚aufgeklärte‘ Frau, die selbst responsibilisiert werden kann und dank frühzeitigen „professionellen Entscheidungsunterricht[s]“ (ebd.) im Zweifelsfall von ihrem „guten Recht“ Gebrauch macht und ‚frühzeitig‘ ‚Social Freezing‘ in Anspruch nimmt,

falls sie nicht ‚früh genug‘ Kinder bekommt. Es werden Bilder dieser aufgeklärten Frauen gezeichnet, denen die Reproduktionsmediziner_innen als Expert_innen nur noch die ‚richtigen‘ Informationen und Beratung zur Verfügung stellen müssen, um sie zur selbstverantworteten, weil autonom getroffenen, Entscheidung zu „führen“. Sie sollen mit der Hilfe beratender Expert_innen ‚frühzeitig‘ *das Beste aus sich herausholen*.

Wie es eine britische Referentin in Barcelona gegen Ende ihres Vortrags bezeichnet:

„Wichtig ist es ihr zu erwähnen, dass die Frauen, die zu ihr kommen keine Patientinnen sind, sondern Konsumentinnen, weil diese wissen was sie tun (!).“ (Protokoll Barcelona J. F.)

In einem nächsten Schritt werde ich nun noch einmal nachvollziehen, wie Aufklärung als Strategie auf unterschiedlichen Ebenen als Problemlösung in Erscheinung tritt. Mithilfe einer Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin werde ich die diskursiven Stränge, die in Kapitel 3 und 4 jeweils problematisiert wurden und für die Aufklärung als Problemlösung auftritt, veranschaulichen.

5.3 Freeze III: über die Trias Patientin, Kundin, Bürgerin – eine Frage der Verantwortung?

Um nachvollziehen zu können, was ich mit der Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin¹⁷¹ meine, werde ich nun alle drei idealtypischen Figuren knapp umreißen,

171 Sigrid Graumann und Katrin Grüber fokussieren in ihrem Sammelband „Patient – Bürger – Kunde“ andere Aspekte als ich es mit der Figur der Trias aus diesen drei Begriffen tue (vgl. ebd. 2004). Die beiden Herausgeberinnen versammeln Perspektiven auf Reformen des Gesundheitssystems und gehen dabei davon aus, dass Patient_innen und Bürger_innen von Kund_innen abgelöst wurden, die sich das „Passende im Angebot des Gesundheitssystem“ aussuchen (ebd. S. 7). Wünschenswert sei es unter anderem, die Figur der Patient_innen (und gleichzeitig Bürger_innen) wiederzuentdecken (ebd. S. 8). Die Trias, die ich beobachte, ist ein Analyseinstrument, das dazu dient, wesentliche Punkte dieser Studie theoretisch zu fassen. Ich verfolge mit den drei Begriffen also keine Wertungen, sondern Beobachtungen.

um abschließend die Frage dieses Kapitels zu beantworten, für welches Problem das Sprechen über Aufklärung die Lösung darstellt.¹⁷²

Die *Patientin* wird innerhalb des Diskurses um ‚Social Freezing‘ hauptsächlich aufgrund ihres Alters vielfach problematisiert. Eines der grundlegenden Themen der Verhandlung ist die Paradoxie des ‚Social Freezing‘, die sich, wie gezeigt wurde, aus der Differenz der ‚idealen‘ und der ‚tatsächlichen‘ Patientin ergibt. Die ‚tatsächliche‘ Patientin ist eigentlich ‚zu alt‘, ‚Social Freezing‘ mit dem besten möglichen Ergebnissen hoher Schwangerschaftsraten durchführen zu lassen. Die ‚tatsächliche‘ Patientin wurde gerade erst von ihrem Partner verlassen, befindet sich in einer Beziehung mit einem nicht bindungswilligen Partner oder wartet noch auf den ‚Richtigen‘, um nur einige der vielen Portraitierungen der ‚tatsächlichen‘ Patientin zu wiederholen (vgl. Kapitel 3). Ferner wird problematisiert, dass sie zu wenig über den risikoreichen Verlust ihrer Fruchtbarkeit weiß, der im Laufe des Alterns unbemerkt voranschreitet. Sie hat zu hohe Machbarkeitserwartungen gegenüber Technologie und unterschätzt dabei die Kraft der Grenzen ihrer ‚Natur‘, die auch technologisch nun nicht mehr überwunden werden können. Hätte sie früher über ihren Körper Bescheid gewusst, hätte sie über ihre Eizellen verfügen können, die nun nicht mehr die geeignete Qualität aufweisen (vgl. Kapitel 4). Ihre ‚falschen‘ Vorstellungen hat sie entweder aus der Werbung („der anderen“, vgl. Kapitel 3.1) oder aus „den Medien“. Sie hat zu lange gewartet und nicht proaktiv ihren Kinderwunsch geplant, weshalb sie im Sinne einer Abschreckung beziehungsweise eines Überredens, ‚Social Freezing‘ nicht durchführen zu lassen, aufgeklärt werden muss, obwohl sie „pragmatisch“, „rational“ oder „realistisch“ ist.¹⁷³ Als Grundlage dieser Aufklärung dienen häufig Zahlen, Wahrscheinlichkeiten und Risiken, die anzeigen sollen, dass ein Eingriff keinen ‚Sinn‘ (mehr) machen würde. Frauen werden nur deshalb ab einem gewissen Zeitpunkt zu Patientinnen, weil in ihnen das Risiko der Unfruchtbarkeit schlummert, gegen das sie nicht gehandelt haben. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen fördern das Risiko zu Tage, weil die Frauen nicht mehr im biologisch dafür vorgesehenen Zeitraum Kinder bekommen. Der Patientin hätte technologisch geholfen werden können, wäre sie nur aufgeklärt gewesen und zu einem früheren Zeitpunkt gekommen. Die Aufklärung im Sinne einer Bevölkerungsstrategie soll zur Folge haben, dass es die Patientin ‚idealer‘

172 Die Trias spannt sich jenseits der Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle auf, weil es sich bei allen drei Figuren ohnehin um Frauen handelt, die in der Erzählung keine medizinische Indikation für einen Eingriff aufweisen (vgl. Kapitel 3).

173 „Realistisch“ sind sie deshalb, weil sie wissen, dass wenn ‚Social Freezing‘ noch in Frage kommt und sie sich dafür entscheiden sollten, dies ihre allerletzte Chance ist, so ein häufiges Narrativ.

Weise nicht mehr gibt, weil sie aufgrund des Zeitpunktes die ‚falsche‘ ist. Für die Selbstbeschreibung der Reproduktionsmediziner_innen scheint es von besonderer Bedeutung zu sein, sich von dieser Figur abzugrenzen und sie fernzuhalten. Die ‚falsche‘ Patientin zu behandeln und ihr ‚falsche Hoffnungen‘ zu machen, wird als ‚unseriös‘, unmoralisch und unprofessionell beschrieben. Aus der Patientin soll durch Aufklärung eine Art Kundin werden, die weiß, was sie tut.

Die *Kundin* ist im Gegensatz zur Patientin ‚jung‘, *aufgeklärt* und autonom. Sie ist die ‚ideale‘ Patientin, denn sie kennt ihren Körper, ihre Eizellen und weiß über das Risiko des Fruchtbarkeitsverlustes Bescheid. Eigentlich muss die Kundin nicht mehr im Sinne eines Abschreckens oder Überredens aufgeklärt werden, denn sie ist bereits aufgeklärt. Sie ‚braucht‘ Expert_innen jedoch als eine Art Entscheidungsberater_innen, als Bereitsteller_innen von Informationen und Expertise und als Dienstleister_innen, die eine medizinische Behandlung durchführen. Darin unterscheidet sie sich auch wesentlich von der Patientin. Sie ist deshalb eine Kundin, weil sie eine Dienstleistung in Anspruch nimmt, die Ware ‚Social Freezing‘ kauft, auf die sie allerdings nicht angewiesen ist. Im *besten* Fall nämlich braucht sie keine Reproduktionsmediziner_innen, weil sie, die weiß, worauf es ankommt, ‚früh genug‘ Kinder bekommt und keine Technologie in Anspruch nehmen muss. Sie hat proaktiv und aufgeklärt ihren Kinderwunsch geplant. Muss sie dennoch ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen, ist sie ‚jung‘ genug dafür (vgl. Kapitel 4) und hat die ‚richtigen‘ Motive (vgl. Kapitel 3). Hätte sie die ‚falschen‘ Motive, wäre sie die ‚unerwünschte‘ Patientin und die ‚Karrierefrau‘, von der es sich für die Reproduktionsmediziner_innen im Diskurs ebenso zu distanzieren gilt. Sie hat ‚falsch‘ priorisiert, ist ohnehin ‚zu alt‘ und hat es selbst verschuldet, kinderlos zu sein. Kernelement der Kundin ist hingegen, dass sie ‚jung genug‘ ist, alle Optionen noch offen zu haben. Die ‚Natur‘ in Form ihrer Eizellen ist für sie deshalb verfügbar, weil sie ‚früh genug‘ gehandelt hat. Die Reproduktionsmediziner_innen wollen diese ‚junge‘ Frau, die sie als schön, klug und autonom beschreiben, behandeln. Sie hat keine falschen Erwartungen und muss nicht enttäuscht werden, für sie muss sich niemand rechtfertigen, außer sie selbst, weil sie ja in der Lage dazu ist, selbstbestimmte, autonome und aufgeklärte Entscheidungen zu treffen. Die Kundin ist nämlich gleichzeitig die ‚gute‘ Bürgerin, die die gesellschaftlichen Auswirkungen ihres reproduktiven Handelns kennt.

Die *gute Bürgerin* kennt die reproduktive Funktion ihrer Eizellen und sichert sie. Sie trägt nicht zum Geburtenrückgang in Deutschland bei und nimmt weder biologische Risiken für sich oder ihr antizipiertes Ungeborenes noch biographische Risiken für ihr antizipiertes Kind in Kauf (vgl. Kapitel 4). Wenn sie nicht im ‚richtigen‘ Alter Kinder bekommt, nimmt sie aus den ‚richtigen‘ Gründen Technologie in Anspruch, ohne dabei gesellschaftlich-demographische Probleme auszulösen,

sondern um ihre Fruchtbarkeit zu bewahren. Reproduktion wird in der Figur der Bürgerin zum bevölkerungsrelevanten Politikum:

„Die Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens vollzieht sich als ökonomische Sozialisierung über ‚soziale‘ oder steuerliche Maßnahmen, die die Fruchtbarkeit der Paare fördern oder zügeln.; als politische Sozialisierung durch Weckung der Verantwortlichkeit gegenüber dem Gesellschaftskörper (der ausgeweitet oder eingeschränkt werden muß); als medizinische Sozialisierung, die den Praktiken der Geburtenkontrolle krankheitserregende Wirkungen für Individuum und Arzt zuschreibt.“ (Foucault 1983, S. 104)

Für Foucault ist jene „Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens“ einer der strategischen Komplexe, an denen sich seit dem 18. Jahrhundert über Sex und Sexualität das Aufkommen einer Bio-Macht auf Ebene der Bevölkerung wie der Individuen nachzeichnen lässt.

Die Figur der *guten Bürgerin* ist also in biomedizinischen Diskursen keine neue. Der Aufruf, das Leben und den Körper zu optimieren (vgl. etwa Bröckling 2007; Bublitz 2012; Villa 2008), biologische Risiken zu kennen (vgl. etwa Lemke 2000; Rose 2001; Castel 1983) und die ‚richtigen‘ Entscheidungen zu treffen, ist nicht spezifisch nur für den Diskurs um ‚Social Freezing‘ zu beobachten. Die Autonomie der Patient_in, Kund_in oder Bürger_in ist dabei, wie bereits ausgeführt wurde, als Effekt der Aufklärung zu verstehen:

„(...) Nun soll nicht die ärztliche Einschätzung, sondern der Wille des Patienten die letzte Instanz bei strittigen Behandlungsentscheidungen darstellen. Mit diesen emanzipativen Idealen konnte die Medizinethik problemlos an Konzeptionen der Aufklärung anknüpfen, insbesondere an Kants Autonomieprinzip.“ (Anselm et al. 2014, S. 7; vgl. auch Villa 2008)

Vor allem für den Bereich der Gendiagnostik wurden die Konzepte der informierten Entscheidung und der Autonomie als Effekte der Aufklärung reflektiert. Ellen Kuhlmann (2002) bezeichnet „Autonomie und Selbstbestimmung“ beispielsweise als „trojanisches Pferd“ für den Bereich der Humangenetik und kritisiert die beiden Ideen als „zentrale Legitimationsfiguren“, die Zwänge ausübten, sich ‚richtig‘ zu entscheiden (vgl. ebd. S. 72). Die beiden Begriffe werden als zwei Seiten einer Medaille beschrieben, die auf der einen Seite befreiende Potenziale hätten, auf der anderen Seite Zwänge hervorriefen.

Das Ideal der selbstbestimmten Entscheidung, das mit Narrativen der Aufklärung auch in anderen Kontexten einhergeht, wird dabei wie Silja Samerski es beschreibt, zur Pflicht:

„Der einst emanzipatorische Aufruf, sich nicht bevormunden zu lassen, sondern sich seines eigenen Verstandes zu bedienen, verkehrt sich in die Pflicht zur informierten Entscheidung.“ (ebd. 2010, S. 11 f.)

Im Diskurs um ‚Social Freezing‘ soll Aufklärung als Bevölkerungsstrategie dazu führen, dass Entscheidungen nicht nur informiert, sondern vor allem ‚richtig‘ getroffen werden. Selbstbestimmte Entscheidungen, die technologieabhängig fortwährend neu entstehen, gehen, auch das wurde bereits deutlich, mit einer, wie Elisabeth Beck Gernsheim es bezeichnet, „Expansion der Verantwortung“ (ebd. 1994, S. 325) einher. Barbara Duden nennt die zugerechneten und verantwortbaren Entscheidungen im Bereich der Reproduktionsmedizin „Sozialtechnik[en] des Zukunftsmanagements“ (ebd. 2007, S. 5). Die Zukunft der Reproduktion wird im Diskurs um ‚Social Freezing‘ noch einmal stärker in die Hände von Frauen gelegt, die ihre Fortpflanzung nun noch einmal mehr ‚selbst planen‘ können, die aber gleichzeitig nicht nur für sich, sondern auch für ein antizipiertes Ungeborenes und für die Bevölkerung responsabilisiert werden. Sie müssen als gute Bürgerinnen zur ‚richtigen‘ Zeit die ‚richtige‘ Entscheidung treffen. Regine Kollek und Thomas Lemke bezeichnen die sich durch Gentechnologie ausweitende Form neuer Verantwortung „Reproduktionsverantwortung“ (2008), die hier im Diskurs um ‚Social Freezing‘ noch eine weitere Komponente erhält: Nicht nur ist es die Verantwortung, eine gesunde Kind zu bekommen, die durch die Zuschreibung autonomer Entscheidungen entsteht, es kommt auch die (gesellschaftliche) Verantwortung hinzu, sich überhaupt (gesund) fortzupflanzen. „Verantwortungserwartungen“ werden auch hier an das „technologisch machbare“ angepasst, wie Kollek und Lemke es beschreiben (vgl. ebd. 2008, S. 229).

Im Zuge dessen wird nicht nur der Frauenkörper durch seine Fragmentierung und die Zuweisung differenzierter Risiken (vgl. Kapitel 4) medikalisiert, sondern auch der Kinderwunsch (vgl. Ullrich 2012). Die gute Bürgerin bekommt zur ‚richtigen‘ Zeit Kinder, der biografisch ‚beste‘ Zeitpunkt wurde durch die Pille bereits festgelegt. Während die Pille flächendeckend zum ‚Zwang zur Verhütung‘ und Kontrolle der Fortpflanzung geführt hat (vgl. Beck-Gernsheim 1991, S. 46 ff.), soll nun garantiert werden, dass die durch die Pille ausgelöste Freiheit nicht ‚zu weit geht‘ und, wie gezeigt wurde, die Pille ‚rechtzeitig‘ wieder abgesetzt wird (vgl. Beck-Gernsheim 2016).

Es ist dabei ein ganz bestimmtes Milieu, eine Personengruppe, die alle drei Figuren der Patientin, der Kundin und der Bürgerin in sich vereint und um die sich der Diskurs um ‚Social Freezing‘ dreht: die Akademikerin. Auf allen Ebenen nimmt sie eine Sonderrolle ein, insofern, sie als Patientin beraten, aufgeklärt und abgeschreckt werden muss, weil sie ‚zu lange‘ gewartet oder keinen Partner hat. Sie

bekommt öffentlich lamentiert zu wenige Kinder. Die Akademikerin ist es aber auch, die schlau genug ist (und sein kann), ihre Eizellen einfrieren zu lassen, bevor sie beispielsweise für viele Jahre zum Forschen in die Antarktis geht (vgl. Kapitel 4.1). Sie ist die ‚Zielscheibe‘ der Aufklärung als Bevölkerungsstrategie und diejenige, der selbstbestimmte und autonome ‚richtige‘ Entscheidungen zugerechnet werden, wird sie nur ausreichend und ‚früh genug‘ aufgeklärt. Es zeigt sich sehr deutlich, dass der Diskurs um ‚Social Freezing‘ nur bestimmte Lebensrealitäten beinhaltet und die ‚gute‘ Bürgerin, die für, überspitzt formuliert, den Erhalt der Bevölkerung verantwortlich gemacht wird, nur bestimmten Milieus entstammen kann.

„Das fortpflanzungsmedizinisch aufgeklärte, zu fortpflanzungsmedizinischer ‚Verantwortung‘ angehaltene Paar ist daher in eine schizophrene Doppellogik gestellt: Es trifft einen intimen Entschluss – idealtypisch eine romantisch-aus-sich-selbst-heraus-fraglos fällige Entscheidung für Partner und Kind. Zugleich aber ist es angehalten, sich die Planungskriterien einer gesamtgesellschaftlichen biologischen Wohlfahrt zu Eigen zu machen. Vor der entstandenen Mehrdeutigkeit intimer Momente scheint uns keine moderne Expertenkultur mehr bewahren zu können – zumal das Hinzutreten der Gattungsdimension zur Kinderfrage eine politisch gänzlich unbewältigte Sache geblieben ist. Vertretbare Formen fehlen. Die Moderne hat bislang nur abschreckende Varianten vorgeführt, wie romantische und erbhygienische Ideale in ein und derselben Fortpflanzungspolitik vereinbar sein könnten: Lebensreformerische Elitezirkel, die eine Exklusiv-Fortpflanzung der Erwählten praktizieren, oder aber den biopolitischen Reformstaat, der tatsächlich auf die breite Masse zielt.“ (Gehring 2007, S. 61)

In dieser „schizophrenen Doppellogik“ biopolitischer „Mehrdeutigkeit[en]“ wird die Akademikerin als souveränes Subjekt angesprochen, die ihre Fortpflanzung managen kann und muss:

„Im Innern eines soziotechnischen Regimes des Body-Managements übernehmen souveräne Subjekte eine (...) selbstregulative Kompetenz, (...) Indem sie sich als vitale, beziehungs- und arbeitsfähige Subjekte herstellen, entfalten sie ultimativ auch gesellschaftsregulative Wirkung. Dieses Regime stellt Problematisierungsformen (Wissen), Aufmerksamkeiten und Einflusschancen (Macht) sowie Körper- und Geschlechterordnungen (Subjektivierungsweisen) bereit, die Individuen (durchaus auch eigensinnig) nutzen können und müssen, um in der neoliberalen Gesellschaft gemeinwohlkompatibel zu agieren.“ (Maassen 2008, S. 101)

Die responsabilisierenden, selbstbestimmten Entscheidungen im Diskurs um ‚Social Freezing‘ als „soziotechnische[s] Regime“ besitzen die Kraft, sich zu einer „selbstregulative[n] Kompetenz“ zu entwickeln. Durch Wissen, Macht und Subjektivierungsweisen, die diskursiv hervorgebracht werden, erlangen sie gesellschaftspolitische Relevanz. Die Gemeinwohlkompatibilität, die Sabine Maassen für den Bereich ästhe-

tisch-plastischer Chirurgie hier beschreibt, besteht im Diskurs um ‚Social Freezing‘ für das souveräne Subjekt der Akademikerin darin, zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt das ‚Richtige‘ zu tun, ihre (biologischen wie biographischen) Risiken zu kennen und Kinderlosigkeit zu vermeiden. ‚Eigentlich‘ soll sie früh genug Kinder bekommen, kann sie dies nicht garantieren, soll sie technologisch vorsorgen. Kinderlosigkeit kann jedoch kein Schicksal mehr sein.

„Dabei handelt es sich weniger um die Alternative zwischen Selbstbestimmung und Schicksal, eher ist Selbstbestimmung unser Schicksal geworden. Mit dem gentechnologischen Fortschritt rückt das Leben selbst – ein Bereich, der vormals als unverfügbar angesehen wurde – in den gesellschaftlichen Kompetenz- und Verantwortungsbereich: Wo vorher Schicksal war, muss nun entschieden werden.“ (Lemke 2004b, S. 92 f.)

Wer sich falsch oder gar nicht entscheidet, wird auch im reproduktionsmedizinischen Bereich von ‚Social Freezing‘ sanktioniert, wie ich am Beispiel der ‚Loserfrau‘ zeigen konnte. Sie hat sich nicht ‚richtig‘ entschieden und verliert somit auf mehreren Ebenen (vgl. Kapitel 3.2, S. 110).

Silja Samerski entdeckt „rationale Entscheider[_innen]“, in Anlehnung an Robert Castels Idee der Verwaltung von Risikoprofilen als neue Sozialtechnologie (Castel 1983 in Samerski 2010), als Regime und Leitfigur:

„(...), die Entwicklung einer wissenschaftlichen ‚Entscheidungsmechanik‘ sowie die Konstitution und Durchsetzung des rationalen Entscheiders als neue soziale Leitfigur, stellt die herkömmlichen Freisetzungs- und Emanzipationsgeschichten in Frage. Der autonome Patient erscheint nicht mehr als aufgeklärtes, von Zwängen befreites Individuum, sondern als Subjekt neuer Wissensformen und Praktiken, die auf die Definition, Rationalisierung und Formalisierung von Entscheidungen abzielen. Als diejenige Institution, die solche Entscheidungen ‚generiert‘, also Bürger in *decisionmaker* verwandelt, erscheint der professionelle Entscheidungsunterricht plötzlich befremdlich.“ (Samerski 2013, S. 151, Hervorhebungen im Original)

Das, was Samerski als „professionelle[n] Entscheidungsunterricht“ bezeichnet, tauchte im Kontext der Erzählungen über Aufklärung besonders häufig auf und lässt die Frage offen, wie das Verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen aussieht, wenn Patient_innen entscheidende Bürger_innen werden. Abschließend soll darin auch die Frage geklärt werden, für welches Problem das Sprechen über Aufklärung die Lösung darstellt.

Immer wieder wurde im Laufe dieser Studie die Rolle der Reproduktionsmediziner_innen als Expert_innen reflektiert, die in der gezeigten Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin im Diskurs um ‚Social Freezing‘ noch einmal deutlich wird. Die Reproduktionsmediziner_innen verhandeln ihre Profession im Diskurs um

‚Social Freezing‘ teilweise problematisierend. Es zeigt sich, dass diese mit Widersprüchen ihres eigenen Handelns konfrontiert sind, für die sie Aufklärung als Strategie erzählen. Die Widersprüche bestehen aus den Spannungsverhältnissen von medizinischen und beispielsweise ökonomischen Logiken, von moralischem Handeln und Grenzenlosigkeit, von Hippokratischem Eid und Dienstleistung, aber auch biologischen Grenzen und Machbarkeitsversprechen. Aufklärung in ihren unterschiedlichen Formen hat nun die Funktion, diese Widersprüche auszuhalten und gleichzeitig ein Ideal zu zeichnen, das es zu erreichen gilt. Durch Aufklärung wird Verantwortung abgegeben, auf die Autonomie der Patientin verwiesen, die dadurch zur Kundin wird. Eine Patientin ist abhängig und hilfebedürftig, eine Kundin hingegen, weiß was sie tut, sie ist nur noch beratungsbedürftig. Sie nimmt eine Dienstleistung in Anspruch und entscheidet selbstbestimmt. Sie ist selbst für ihr Handeln verantwortlich.

Idealerweise treten im Fall von ‚Social Freezing‘ die Reproduktionsmediziner_innen in der Selbstbeschreibung als beratende Expert_innen auf, die zwar keine Entscheidungen treffen, aber Frauen, die ‚jung‘ genug sind, zur ‚richtigen‘ Entscheidung verhelfen. Somit halten sie sich fern von ‚unseriösen‘, kommerzialisierten und grenzenlosen Formen der Reproduktionsmedizin ‚der anderen‘ und fern davon ‚falsche‘ Hoffnungen enttäuschen zu müssen (vgl. Kapitel 3). Technologie kommt ohne medizinische Indikation in dieser Idealvorstellung, in der Frauen bereits aufgeklärt sind, nur ‚wenn es sein muss‘ zum Einsatz, wenn Frauen nicht ‚früh genug‘ Kinder bekommen können. Natur tritt auf als ‚Taktgeberin‘, die die Funktion der Eizellen bestimmt hat (vgl. Kapitel 4). Die Reproduktionsmediziner_innen werden zu Helfer_innen der Natur, die die Grenzen derselben nur dann technologisch erweitern, wenn ansonsten Zellen ihre Funktion verlieren könnten. Betont anti-paternalistisch geben sich hier Vertreter_innen einer Profession entgrenzter Medizin, die als Dienstleister_innen von Wissen und Expertise auftauchen und aufgeklärte Bürger_innen zu ‚richtigen‘ Entscheidungen verhelfen. In der Trias Patientin, Kundin, Bürgerin zeigt sich die starke ethische und moralische Dimension biopolitischer Effekte der Reproduktion, die den Diskurs um ‚Social Freezing‘ ausmacht.

In einem letzten Kapitel 6 werde ich nun noch einmal die Dimensionen und Elemente nachzeichnen, die ich für den reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ in dieser Studie beschrieben habe und sie miteinander in Verbindung setzen, sowie ein Fazit ziehen.

Unfreeze the Discourse: das Beste aus sich herausholen

6

Im Folgenden fasse ich nun noch einmal alle Ergebnisse zusammen und setze sie im Lichte der Fragestellung dieser Studie miteinander in Bezug. Ferner ziehe ich daran anschließend ein Fazit und gebe einen Ausblick auf weitere mögliche Forschung. Ich habe im Rahmen dieser Studie danach gefragt, *wie ‚Social Freezing‘ diskursiv verhandelt wird und welche Kategorien, Bilder und Verständnisse dabei evident werden. Auch interessierte mich dabei, welche Grenzen in Bewegung geraten, festgezogen oder verschoben werden und wie Wissen hergestellt wird* (vgl. Kapitel 1). Dies wurde mit Hilfe einer diskursanalytischen Forschungsperspektive untersucht (vgl. Kapitel 2.2). ‚Social Freezing‘ verstehe ich dabei als biopolitische Praxis zwischen Selbsttechnologie und bevölkerungsrelevantem Politikum (vgl. Foucault 1983). Die Perspektiven der STS und FSTS erlaubten es bei der Erforschung des Diskurses, Kategorien nachzeichnen zu können, ohne bestimmte Grenzen oder Verständnisse von Natur und Kultur schon a priori zu setzen (vgl. Kapitel 2.1). Als Datengrundlage dienten mir dazu die Analyse von Websites anbietender Kinderwunschzentren, teilnehmende Beobachtungen auf reproduktionsmedizinischen Veranstaltungen und Interviews mit Reproduktionsmediziner_innen (vgl. Kapitel 2.3).

Der reproduktionsmedizinische Diskurs wird entlang dreier Fragen geführt, die zentrale Bezugsprobleme der diskursiven Verhandlung von ‚Social Freezing‘ darstellen. Diese drei Bezugsprobleme habe ich in je einem der Kapitel 3, 4 und 5 ausgeführt. Ich habe sie mit den Begriffen der *Moral* (Kapitel 3), des *Risikos* (Kapitel 4) und der *Verantwortung* (Kapitel 5) zusammengefasst. Deren Rekapitulation soll nun dazu dienen, die Ergebnisse zusammenzufassen. Quer zu diesen drei Bezugsproblemen liegen zudem drei zentrale Kategorien: Alter, Geschlecht und Körper. Sie sind im Diskurs um ‚Social Freezing‘ in spezifischer Weise in Relation zueinander gebracht und mit spezifischen Bildern versehen. Ferner sind es die Grenzen zwischen *Natur und Technologie*, die im Diskurs in Bewegung geraten und die sich

hauptsächlich in der Verhandlung von biologischen Grenzen und technologischer Machbarkeit entfalten. Im Folgenden werde ich in drei Schritten diese zentralen Ergebnisse nochmals aufrollen und aufzeigen, wie die drei zentralen Bezugsprobleme im Diskurs um Social Freezing mit den drei zentralen Kategorien Alter, Geschlecht und Körper verknüpft werden, um daran anschließend die Grenzziehungen darin zu beleuchten und Revue passieren zu lassen. Abschließend werde ich mit einem Fazit und einem Ausblick enden.

Moral, Risiko und Verantwortung: die drei Bezugsprobleme des reproduktionsmedizinischen Diskurses um ‚Social Freezing‘

Wie sich gezeigt hat, sind es drei aufeinander aufbauende Fragen, an denen ‚Social Freezing‘ diskursiv verhandelt wird. Die erste dieser Fragen ist die danach, *was Reproduktionsmedizin leisten kann/soll*. Reproduktionsmediziner_innen handeln im Diskurs ihre eigene Position und Profession anhand der *Legitimation* und *Delegitimation* von ‚Social Freezing‘ aus. Sie ringen im Zuge einer Entgrenzung von Medizin (vgl. Wehling/Viehöver 2011) um Anerkennung und positionieren sich. Das sich darin entfaltende Bezugsproblem ist das der *Moral*. Maßgeblich beeinflusst den Diskurs dabei eine Unterscheidung, die der deutschen Bezeichnung des Phänomens immer schon inhärent ist: die zwischen Medizin und Lifestyle (vgl. Kapitel 3). Mit dieser Unterscheidung scheint bei der Bewertung der Technologie erst einmal eine klare Linie gezogen: Die Kryokonservierung reproduktiven Materials mit ‚medizinischer‘ Indikation wird legitimiert, während ‚Social Freezing‘ in der Tendenz erst einmal delegitimiert wird. Es sind also Motive des Anwendungsbereichs, nach denen die Technologie bewertet wird und anhand derer Bilder ‚guter‘ und ‚schlechter‘ Reproduktionsmedizin gezeichnet werden (vgl. Kapitel 3.1). Doch die Bewertung der Technologie fällt differenzierter aus als die Unterscheidung zwischen Medizin und Lifestyle auf den ersten Blick vermuten lässt. Auch im Bereich des Lifestyles wird noch einmal in sich differenzierter bewertet, auch hier sind es Motive der Anwendung, die zur Legitimation oder Delegitimation führen (vgl. Kapitel 3.2). Es werden Bilder von Patientinnen gezeichnet, an denen deutlich wird wie emotional, fast empört moralische Fragen diskutiert werden. Insgesamt wurde die Verhandlung moralischer Bezugsprobleme, das Legitimieren und Delegitimieren als Reaktion auf Machbarkeitserwartungen im Lichte einer öffentlich kontrovers diskutierten Technologie beziehungsweise deren Anwendungsgebiet gelesen (vgl. Kapitel 3.3). Es ist dabei ein Narrativ, das wesentlich alle moralischen Verhandlungen in sich versammelt und das den Diskurs um ‚Social Freezing‘ maßgeblich bestimmt, das ich als *Paradoxie des ‚Social Freezing‘* bezeichnet habe. Es lässt sich in der Figur der ‚falschen‘ Patientin als Dilemma zusammenfassen.

Diese ‚falsche‘ Patientin ist es auch, die zur zweiten im Diskurs verhandelten Frage führt: *Was vermag Technologie zu leisten und wo sind ihr natürliche, gesellschaftliche oder nicht zuletzt moralische Grenzen gesetzt?* Mit dem Diskurs geht ein spezifisches Sprechen über weibliche Körper, weibliches Alter(n) und weibliche Biologie einher und damit verbunden ein Aufzeigen von Grenzen des Möglichen, die stets mit unterschiedlichen Risiken begründet werden (vgl. Kapitel 4). Es sind Grenzen dessen, was Technologie zu leisten vermag, die auch als Erklärung dafür dienen, warum die ‚falsche‘ Patientin ‚falsch‘ ist. Dieses ‚Falschsein‘ wird mit Hilfe von Wahrscheinlichkeiten, Chancen und vor allem *Risiken* ausgedrückt. Dabei werden zwei konkrete Grenzen besprochen, anhand derer Risiken weiblicher Biologie, aber auch weiblicher Biographien, aufgezeigt werden. Zum einen sind es Grenzen der Eizellentnahme (vgl. Kapitel 4.1), mit denen Wissen über den weiblichen Körper dessen Substanzen und Materialien und mit Altersangaben versehen, produziert wird. Zum anderen sind es Grenzen des Wiedereinsetzens eingefrorener Eizellen (vgl. Kapitel 4.2), die antizipierend verhandelt werden und innerhalb derer nicht nur differenzierte körperliche Orte ‚biologischer‘ Risiken lokalisiert, sondern auch gesellschaftliche und biographische Risiken reflektiert werden, die als Folge von ‚Social Freezing‘ zu verantworten wären. Dabei wird ein ambivalenter Begriff von ‚Natur‘ evident, den ich in Kürze noch einmal nachzeichnen werde. In jedem Fall ist die ‚Natur‘ aber als ‚Taktgeberin‘ zellulärer Funktionen identifiziert worden, die narrativ das Arbeiten der Reproduktionsmediziner_innen bestimmt und sich im Bezugsproblem verschiedener Risiken entfaltet (vgl. Kapitel 4.3).

Beide Bezugsprobleme, die *moralischen Bedingungen ärztlichen Handelns* und das Verweisen auf *Risiken*, die mit ‚Social Freezing‘ in Verbindung gebracht werden, vereinen sich im Bezugsproblem der *Verantwortung* und werden konkret anhand verschiedener Ebenen von *Aufklärung als Strategie* verhandelt (vgl. Kapitel 5). Im Zuge dieser unterschiedlichen Ebenen der Aufklärung werden sie zu Strategien der Vermeidung ‚falscher‘ Patientinnen. Zum einen handelt es sich um die Ebene der Aufklärung als praxisrelevante Information im Sinne des informed consent, die auf die Abschreckung oder das Überreden ‚falscher‘ Patientinnen zielt, ‚Social Freezing‘ nicht in Anspruch zu nehmen (vgl. Kapitel 5.1), zum anderen um die Ebene der Aufklärung als Bevölkerungsstrategie. Dem zu Grunde liegt die Problematisierung des Zeitpunktes, zu dem sich die ‚falsche‘ Patientin für die Technologie interessiert. Vielfach wird daher verhandelt, woher das Unwissen über Fruchtbarkeit kommt und schließlich, wie man das Unwissen ‚frühzeitig‘ beseitigen kann. Als Ziel der Aufklärung und als Ideal für den Umgang mit ‚Social Freezing‘ wird das Bild einer aufgeklärten und ‚idealen‘ Patientin gezeichnet, die selbstbestimmt entscheiden kann (vgl. Kapitel 5.2). In einer Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin habe ich zusammenfassend gezeigt, wie Aufklärung auf allen Ebenen nicht nur der

Responsibilisierung der Patientin dient, die ‚richtig‘ entscheidend, aufgeklärt und selbstbestimmt zur Kundin werden soll. Ihre Verantwortung wird zum bevölkerungsrelevanten Politikum, sich zum ‚richtigen‘ Zeitpunkt fortzupflanzen, was sie gleichzeitig zur ‚guten‘ Bürgerin macht. Die Reproduktionsmediziner_innen stellen sich in diesem Kontext als Dienstleister_innen, Berater_innen und Expert_innen dar, die zur ‚richtigen‘ Entscheidung anleiten. In einem Feld entgrenzter Medizin ist Aufklärung als Strategie zu lesen, mit Widersprüchen des eigenen reproduktionsmedizinischen Handelns umzugehen und *Verantwortung* aufzuteilen (vgl. Kapitel 5.3).

Alter, Geschlecht und Körper: drei zentrale Kategorien

In diesen noch einmal nachgezeichneten Verhandlungen verschiedener Bezugsprobleme, Moral, Risiko und Verantwortung, waren es drei Kategorien, die dabei besondere Bedeutung erhielten.¹⁷⁴ Alter ist die wesentlichste dieser drei Kategorien, die am deutlichsten angesprochen wird und die in der Verschränkung mit Geschlecht Auswirkungen auf das Verständnis von Körpern hat, das im Diskurs auftaucht und (re-)produziert wird. Im Folgenden werden nun noch einmal Implikationen dieser drei Kategorien umrissen, die es erlauben, die Konstruktionsprozesse in ihrer Verschränkung zu betrachten.

Alter(n), so wurde deutlich, wird im Diskurs um ‚Social Freezing‘ unterschiedlich problematisiert. Das Alter von Patientinnen ist es, das die Paradoxie des ‚Social Freezing‘ erst zur Paradoxie macht. Während sich ‚junge‘ Frauen noch keine Gedanken über ihre Fruchtbarkeit machen, bei denen ‚Social Freezing‘ aber ‚optimal‘ anzuwenden wäre, sind die Frauen, die sich für ‚Social Freezing‘ interessieren, eigentlich schon ‚zu alt‘ (vgl. etwa Kapitel 3.2). Alter taucht auch damit verbunden in Form von Altersgrenzen auf, die darüber entscheiden, wer behandelt werden soll. Es wird Wissen für bestimmte Altersangaben produziert, das sich in die jeweiligen Zahlen einschreibt. Mit 25 Jahren ist die Fruchtbarkeit optimal, ab einem Alter von 35 Jahren wird es mit dem Kinderkriegen ‚schwierig‘ und ab 40 sind Frauen unfruchtbar, so könnte vereinfacht zusammengefasst werden, welche Altersstufen im Kontext von ‚Social Freezing‘ relevant werden (vgl. Kapitel 4.1). Alter wird damit zusammenhängend im Diskurs um ‚Social Freezing‘ mit normativen Setzungen verbunden. Dies betrifft vor allem Vorstellungen von Famili-

¹⁷⁴ Selbstverständlich greifen mehr als drei Kategorien ineinander, jedoch sind Alter, Geschlecht und Körper die, die sich im Diskurs um ‚Social Freezing‘ am zentralsten herausstellen. Beispielsweise laufen stets, auch darauf wurde im Laufe der Studie hingewiesen, Verhandlungen von Klasse und von race im Diskurs mit, die meist nicht offensichtlich, jedoch stets implizit anwesend sind. Die Verschränkung weiterer Kategorien im Diskurs um ‚Social Freezing‘ gilt es, in weiterer Forschung zu untersuchen.

enkonstellationen und Elternwerden. Die Vorstellung, dass ‚Social Freezing‘ dazu führen könnte, dass Frauen ‚später‘ Kinder bekommen könnten, also jenseits der 40 Jahre, löst im Diskurs teils emotional aufgeladene Wertungen und Reflektionen aus (vgl. Kapitel 4.2). Elternwerden, vor allem aber Mutterwerden, scheint in einem fest dafür vorgesehenen Alters-Rahmen legitim zu sein. Alles, was darüber hinausgeht, wird abgewertet. Doch nicht nur Mutterschaft, auch Partnerschaft wurde als altersabhängig erzählt. So wird es Frauen ab einem bestimmten Alter beispielsweise abgesprochen, eine neue Partnerschaft beginnen zu können, weil sie keinen Partner mehr finden können, so ein Narrativ (vgl. Kapitel 3.2). Besonders in der Delegitimation von ‚Social Freezing‘ wird dies aufgrund der paradoxen Gegebenheiten der ‚falschen‘ Patientin thematisiert.

Es wird deutlich, dass die Problematisierungen von Alter(n) ein *Geschlecht* haben. Selten geht es im Diskurs um ‚Social Freezing‘ um Männer, meist stehen Frauen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. So ist es weibliches Alter(n), das problematisiert wird (vgl. Kapitel 4.1). Generell wird das Thema der Reproduktion stark weiblich adressiert. So wird beispielsweise, obwohl an manchen Stellen des Diskurses auch männliches Alter(n) thematisiert wird, selten über männliches Unwissen über Fruchtbarkeit gesprochen. Meist wird nur weibliches Unwissen als aufklärungsbedürftig erzählt (vgl. Kapitel 5.1). Geschlecht wird insofern im Diskurs relevant, als dass bestimmte Formen der Weiblichkeit normalisiert, andere ausgeschlossen werden (vgl. Kapitel 3.2). So wird beispielsweise fast immer ein Kinderwunsch für jede Frau unhinterfragt vorausgesetzt (vgl. etwa auch Correll 2009; Rödel 2014). Es werden teilweise antifeministisch anmutende, stereotypisierte und sehr heteronormative Bilder von Frauen gezeichnet, deren Ziel darin bestehen soll, den ‚Richtigen‘ zu finden und mit ihm Kinder zu bekommen (vgl. ebenso Kapitel 3.2). Je älter Frauen werden, so das Narrativ, desto schwieriger werde dieses Vorhaben. Wenn es im Diskurs um ‚Social Freezing‘ ein Problemfeld gibt, so ist das das der weibliche alternde *Körper*.

Hier zeigt sich die relationale Verschränkung der drei Kategorien, die den Diskurs ausmachen. Es ging in dieser Studie darum, nachzuvollziehen, nach welcher Logik die Prozesse der Konstruktion von Wissen im untersuchten Diskurs in der Verschränkung dieser drei Kategorien funktionieren und wie sie Bedeutung erlangen.

In der Verhandlung weiblichen Alter(n)s wird eine Verlustgeschichte auf der Ebene der Biologie und der Biographie erzählt, die der weibliche Körper als Container, dessen Vorrat sich (unbemerkt) aufbraucht und risikoreich wird, immer schon bereithält (vgl. Kapitel 4). Der alternde weibliche Körper wird zur risikoreichen Umgebung, dessen unterschiedliche Teile, Materialien und Substanzen mit unterschiedlichen, differenzierten Risiken ausgestattet werden. Damit geht ein sehr fragmentiertes Körperverständnis einher, das Verantwortlichkeiten neu verteilt.

Während die Gebärmutter scheinbar nicht altert, kann das Alter der Eierstöcke durch eine gesunde Lebensweise (und frühes Kinderkriegen) positiv beeinflusst werden und die Eizellen gegebenenfalls technologisch der risikoreichen Umgebung des weiblichen Körpers entnommen werden (vgl. Kapitel 4.2). Die Eizelle bekommt dadurch eine noch nie zuvor dagewesene Verfügbarkeit, die Grenzen dessen zu verschieben scheint, was als natürlich und was als künstlich gilt. In einem nächsten Schritt werde ich nun noch jene Grenzverschiebungen und Bilder von Natur und Kultur und deren Verschränkung mit den drei ineinander verwobenen Kategorien *Alter*, *Geschlecht* und *Körper* nachzeichnen.

Natur und Technologie: zentrale Grenzverschiebungen

In biopolitischen Feldern und Praxen ist die Frage danach, wie sich Natur und Kultur, beziehungsweise Natur und Technologie gegenüberstehen, eine der Grundfragen, an der sich Diskurse entfalten (vgl. etwa Weiß 2009).¹⁷⁵ Insofern ist die Beobachtung, dass auch im Diskurs um ‚Social Freezing‘ Grenzziehungen zwischen Natur und Technologie zentral sind, noch keine Besonderheit. Die Art und Weise, *wie* Grenzen gezogen werden, macht den spezifischen Diskurs aus und bringt Besonderheiten in den Verständnissen von Natur und Technologie hervor.

Natur taucht dazu im Diskurs um ‚Social Freezing‘ unterschiedlich auf. Zum einen wird Natur in Form ‚biologischer‘ Gegebenheiten weiblichen Alter(n)s als deterministisch dargestellt. Der beschriebene Verfall weiblicher Fruchtbarkeit schreitet unaufhörlich und unerbittlich voran, egal, was getan wird (vgl. Kapitel 4.1). Anders als in anderen Diskursen um Gesundheit oder Biologie, wird dieser Verfall an manchen Stellen als unveränderbar dargestellt, als völlig unzugänglich und unsichtbar.

Zum anderen wird Natur auch als Rohstoff beschrieben (vgl. Villa 2013), der verfügbar gemacht werden kann. Im fragmentierten Körperverständnis, das mit dem Diskurs um ‚Social Freezing‘ einhergeht, sind es bestimmte Körperteile und -materialien, die *technologisch* manipulierbar erscheinen. Technologie taucht dabei als etwas auf, das nur unter bestimmten Bedingungen als legitimer ‚Ersatz‘, als ein ‚Verschieben‘ oder ‚Austricksen‘ der Natur plausibel ist, wenn dadurch ‚natürliche‘ Risiken vermieden werden können. Legitim ist die Anwendung von Technologie im Falle einer medizinischen Indikation (vgl. Kapitel 3.1). Im Falle einer fehlenden medizinischen Indikation wird das ‚frühe‘ Kinderkriegen auf ‚natürliche‘ Weise idealisiert. Kann dies nicht garantiert werden, ist Technologie im reproduktionsmedizinischen Diskurs um ‚Social Freezing‘ dann legitim, wenn sie ‚früh‘ genug angewendet

175 Zur theoretischen und begrifflichen Beschäftigung der Dichotomie Natur und Kultur sowie deren Folgen vgl. Koschorke 2009.

wird und dadurch hohe Chancen und geringe Risiken für eine Schwangerschaft mit sich bringt (vgl. Kapitel 5.1). Die Reproduktionsmediziner_innen verhandeln diskursiv im neuen Anwendungsgebiet der Technologie ihre eigene Position, nicht nur in Abgrenzung zu anderen (vgl. Kapitel 3.1), sondern auch in Abgrenzung und Grenzziehungen zu ‚falschen‘ Erwartungen, die mit ‚Social Freezing‘ einhergehen. Im Zuge dessen soll durch Aufklärung darüber das Ziel erreicht werden, dass die Bevölkerung über ‚natürliche‘ Grenzen weiblicher Fruchtbarkeit aufgeklärt wird (5.2). Nur eine bestimmte Frau, die ‚aufgeklärte‘ Patientin, die jene ‚natürlichen‘ Grenzen ihres Körpers kennt und von Technologie nicht zu viel erwartet, soll ‚Social Freezing‘ letzten Endes nutzen (vgl. ebenso Kapitel 5.2). Die ‚natürlichen‘ Grenzen, die mit ‚Social Freezing‘ also verschoben werden könnten, werden im Großteil der reproduktionsmedizinischen Verhandlungen stark limitiert. Während Natur als ‚Taktgeberin‘ auftaucht, die die reproduktive Funktion der Eizellen bestimmt, kann Technologie nur als Garant dieser Funktion legitim erzählt werden.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich über die Ergebnisse dieser Studie sagen, dass ‚Social Freezing‘ eine Technologie ist, die von den meisten Reproduktionsmediziner_innen narrativ stark limitiert bis abgelehnt wird. Das Ideal bleibt die sehr heteronormativ dargestellte, ‚frühe‘ Reproduktion, die im Diskurs um ‚Social Freezing‘ als ‚natürliche‘ Variante der Fortpflanzung der technologisch assistierten überlegen ist. In den Verhandlungen über die Legitimität der Technologie zeigt sich eine Profession, die sich mit der Ausweitung des Anwendungsgebietes der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen vor teilweise neue moralische Fragen gestellt sieht und darin um Anerkennung ringt. Als Expert_innen der „Grenzziehung“ (vgl. Meili 2008) ist es ein Spezifikum des Diskurses um ‚Social Freezing‘, *wie* die Reproduktionsmediziner_innen mit der Entgrenzung der Medizin (Wehling/Viehöver 2011) im Lichte öffentlicher politischer und gesellschaftlich-demographischer Auseinandersetzungen umgehen und wie sie „professionelles Erwartungsmanagement“ (vgl. Atzeni 2016) betreiben. Eine Besonderheit der Reproduktionsmedizin in Deutschland ist dabei, dass sich die Mediziner_innen auch aufgrund des als restriktiv geltenden deutschen Embryonenschutzgesetzes, zuletzt in den 60er Jahren im Zuge der Einführung der Pille mit einer Maßnahme beschäftigten, die erst einmal keine ‚medizinische‘ Indikation im klassischen Sinne aufweisen kann. Andere reproduktionsmedizinische Maßnahmen seither und auch nach ihrer Etablierung die Pille selbst dienen zwar häufig nicht dem direkten ‚Heilen‘ einer Krankheit, können aber als Minderung des Leids einer kranken Person erzählt werden (vgl. Kapitel 3). Teilweise sehr emotional und empört suchen die Reproduktionsmediziner_innen in dieser Konstellation im Diskurs um ‚Social Freezing‘ ihre Legitimität. Sie grenzen sich von anderen Fach-Dis-

ziplinen und für sie daraus resultierenden übertriebenen ‚Machbarkeitsphantasien‘ (vgl. Maio 2015) in Form ‚falscher‘ Patientinnen ab und zeichnen damit ein Bild ‚guter‘, ‚seriöser‘ und ‚richtiger‘ Reproduktionsmedizin, die niemandem aus kommerziellen Interessen ‚falsche Hoffnungen‘ macht. Eine wichtige Figur innerhalb dieser Verhandlungen ist das spezifische Erzählen von Aufklärung, die zum Ziel hat, einen ‚Idealzustand‘ der Reproduktionsmediziner_innen zu zeichnen. In einer Art neuem Arzt_innen-Patient_innen-Verhältnis für ‚Social Freezing‘ sollen die Patient_innen dabei selbst entscheiden und die Reproduktionsmediziner_innen ihnen beratend, dienstleistend mit ihrer Expertise zur Seite stehen.

Was den untersuchten Diskurs um ‚Social Freezing‘ dabei ausmacht, ist die Art und Weise, wie sich Natur und Technologie darin gegenüberstehen. Das teilweise normative und empörte Verweisen auf Natur in Form biologischer Grenzen weiblichen Alter(n)s, die auch technologisch nicht überwunden werden können, ist gerade im Feld der Reproduktionsmedizin auf den ersten Blick ungewöhnlich. Die Reproduktionsmedizin ist ein Feld, das in ihren Grundlagen damit beschäftigt ist, Grenzen dessen zu verschieben, was ‚natürlich‘ ist (vgl. Gehring 2007). Das starke Verweisen auf eine vage Form von Natur, die nur unter bestimmten Voraussetzungen moralisch legitimierbar verschoben werden kann und soll, ist dabei spezifisch (vgl. Eichinger 2013a) und scheint mit der eigenen Legitimation der Profession einherzugehen. Innerhalb dieser werden sehr wirkmächtig der weibliche Körper und dessen Verfall teilweise neu bewertet, wissenschaftlich beleuchtet (vgl. Duden 2007) und Wissen über dessen Altersgrenzen produziert. Fortpflanzung wird auf den Ebenen der Biologie, der Biographie und gesellschaftlich neuartig risikoreich (vgl. etwa Beck-Gernsheim 1991; 2016). Die Eizelle wird zum Ort öffentlicher Aufmerksamkeit (vgl. Duden 2007) und erlangt in einem fragmentierten Verständnis von Körpern eine nie dagewesene Verfügbarkeit, die nun mit Hilfe von Expert_innen selbst gemanagt werden kann und soll. Dennoch lautet der Idealfall die ‚frühe‘, ‚natürliche‘ Reproduktion.

In der Figur der Trias aus Patientin, Kundin und Bürgerin (vgl. Graumann 2004) konnte ich nachzeichnen, welche biopolitischen Auswirkungen dies auf das Verständnis von Reproduktion hat. Aus einer medizinisch hilfsbedürftigen Patientin soll im Falle von ‚Social Freezing‘ eine aufgeklärte Kundin werden, die selbstbestimmt entscheidet und die gleichzeitig eine gute Bürgerin ist, weil sie ‚früh genug‘ vorsorgt. Sie bekommt entweder ‚früh‘ Kinder oder lässt ‚früh‘ ihre eigenen, jungen Eizellen einfrieren. Die Komponente des ‚frühen‘ Kinderkriegens ist dabei ebenso eine Figur, die diskursiv wirkmächtig im Lichte der Reproduktionsmedizin noch relativ neu ist. Jahrzehntlang haben die Pille und andere hormonelle Verhütungsmittel dazu geführt, dass die Fortpflanzung in einen kontrolliert vorgesehenen Bereich verschoben wird. Nun besteht die „Reproduktionsverantwortung“ (Kollek/

Lemke 2008) neben dem Management und der Medikalisierung einer möglichst risikoarmen Schwangerschaft unter anderem darin, sich überhaupt fortzupflanzen. In der Figur der guten Bürgerin wird auch die politische Dimension des Diskurses überdeutlich. Die gute Bürgerin kennt, wie bereits ausgeführt, die gesellschaftlichen Auswirkungen ihres reproduktiven Handelns und trägt selbstbestimmt die Verantwortung für ihre Reproduktion. Sie geht dadurch im Gegensatz zur Patientin keine biologischen und biographischen Risiken ein. Auch trägt sie nicht zum Geburtenrückgang in Deutschland bei. Für die Figur der Akademikerin, um die sich der Diskurs um ‚Social Freezing‘ hauptsächlich dreht, bedeutet dies, dass zur Risikoschwangerschaft das Risiko hinzukommt, überhaupt nicht schwanger zu werden. Bestenfalls soll sie ‚früh‘ Kinder bekommen. Wenn nicht, soll sie ihre eigenen jungen Eizellen benutzen, um nicht zum Geburtenrückgang beizutragen und um die Funktion ihrer Zellen zu erhalten.

An der guten Bürgerin wird auch sichtbar, mit welchem biomächtigen Diskurs wir es hier zu tun haben. Dieser eröffnet auf der einen Seite technologisch neue Möglichkeitsräume und bringt gleichzeitig neue Formen von Beschränkungen, Ausschlüssen und Responsibilisierungen hervor. Die Technologie eröffnet Potentiale der De-Essentialisierung von vormals als natürlich erzählten Gegebenheiten. Fragmentierte Körper werden als verfügbar erzählt: Die Technologie lässt es zu, Teile des Körpers in Raum und Zeit vom Rest des Körpers getrennt zu behandeln. Es entstehen dadurch neue Bedeutungen im Zusammenspiel aus beispielsweise Einfrieren, Expert_innen und Anwender_innen. Auf der anderen Seite werden diese aber moralisierend und normativ aufgeladen mit Risiken, mit Vereindeutigungen und neuen Verantwortungen ausgestattet. Reproduktion wird einmal mehr und einmal wirkmächtiger in die Verantwortung von Frauen selbst gelegt und mit bevölkerungspolitischen Auswirkungen verknüpft. Im Zuge dessen wird die Eizelle zum Ort biopolitischer Verhandlungen, zum Material einer, um mit Nikolas Rose zu sprechen, Risikopolitik, die die gute Bürgerin managt (ebd. 2001). Emanzipativen Freiheiten werden re-naturalisierende Grenzen gesetzt. Frauen können Karriere machen, nicht aber zu dem Preis, kinderlos zu sein. Ihre Emanzipation darf nicht zu weit gehen. Alles andere wäre unmoralisch, übertrieben, grenzenlos und verantwortungslos. ‚Social Freezing‘ soll dafür ‚eigentlich‘ nicht gebraucht werden. Die Message an Frauen im reproduktionsmedizinischen Diskurs, die ich in der Figur der guten Bürgerin veranschaulicht habe, lautet letzten Endes nicht, ihre Eizellen einfrieren zu lassen. Die Message ist ‚richtig‘ zu priorisieren, ihre Verantwortungen und ihre Risiken zu kennen und sich rechtzeitig fortzupflanzen. Wenn sie dies nicht garantieren können, sollen sie ihre Fortpflanzung frühzeitig managen und mit ‚Social Freezing‘, *das Beste aus sich herausholen*.

Mit meiner Herangehensweise, den reproduktionsmedizinischen Diskurs anhand dreier unterschiedlicher Feldzugänge zu erforschen, konnte ich zeigen, welche Kategorien, Vorstellungen und Bilder von *Alter*, *Geschlecht* und *Körpern* verhandelt werden und wie die Grenzen zwischen *Natur* und *Technologie* gezogen werden. Mit dieser Herangehensweise schließt die vorliegende Studie nicht nur eine Forschungslücke, sondern betritt, das Phänomen ‚Social Freezing‘ betreffend, für die deutsche Forschungslandschaft Neuland. An sie anschließend können weitere Fragen gestellt und Bereiche beleuchtet werden, die diese Studie nicht mit einschließt.

Eine besondere Bedeutung kommt im gesamten Diskurs den Temporalitäten zu, die für ‚Social Freezing‘ auf unterschiedlichen Ebenen von Bedeutung sind. In erster Linie ist es dabei das Anhalten der Funktionen körperlichen Materials durch das Einfrieren, das den Diskurs ausmacht (vgl. Radin/Kowal 2017). Durch diesen Akt des Anhaltens wird in der Gegenwart für eine unbekannte Zukunft antizipierend gehandelt, um diese planbar(er) zu gestalten und mit Risiken umzugehen, die die Zukunft bereithalten könnte (vgl. Luhmann 1991). In der sehr zentralen Paradoxie des ‚Social Freezing‘ steckt auch ein Spannungsverhältnis von Temporalitäten insofern, als sich das Voranschreiten der Zeit in Form von körperlichem Altern und das gefühlte Alter von Frauen gegenüberstehen kann (vgl. Waldby 2014). Ein Fokus zukünftiger Forschung zum Thema ‚Social Freezing‘ könnte darauf liegen, diese verschiedenen Temporalitäten und ihre Verstrickungen zu erforschen. Dazu könnten ethnographische Ansätze der STS passend sein, wie der Charis Thompsons, die, wie eingangs ausgeführt, die „onthologische Choreographie“ reproduktionsmedizinischer Praxis untersucht (vgl. ebd. 2005).¹⁷⁶

Ferner könnte in weiterer Forschung die Bedeutung des ‚Freezings‘ beispielsweise im Lichte Zygmunt Baumans „flüssiger Moderne“ (vgl. ebd. 2000) betrachtet und gefragt werden, welche Bedeutung das Einfrieren in einer Welt hat, die als beschleunigt erzählt wird (vgl. Rosa 2012). Mit Sheila Jasanoffs und Sang-Hyun Kims Begriff der „sociotechnical imaginaries“ (ebd. 2015) könnte danach gefragt werden, welche kollektiven Vorstellungen von Technologie und Gesellschaft ‚Social Freezing‘ hervorbringt.

Zudem wäre es ebenso von großer Bedeutung, die Seite der Anwenderinnen zu beleuchten. So könnte man betroffene Frauen interviewen, die Eizellen haben einfrieren lassen (vgl. Inhorn et al. 2018) um herauszufinden, wie ihr Umgang mit der Technologie ist, was ihre Motive sind und wie sie ‚Social Freezing‘ für

176 Für diese Studie diente Thompsons „onthologische Choreographie“ als Tool, meinen Blick zu schärfen und die Bedingungen der Entstehung von Wissen im Auge zu behalten, wenn auch dies nicht meine zentrale Fragestellung, sondern eine von mehreren Fragen war (vgl. Kapitel 2.1).

sich erzählen. Interessant wäre es, die von den Reproduktionsmediziner_innen in ihrer Selbstbeschreibung gezeichneten Patientinnen, Kundinnen und Bürgerinnen damit zu vergleichen.

Einen weiteren Anschlusspunkt sehe ich schließlich in der von mir gezeigten reproduktionsmedizinischen Ablehnung und Emotionalität gegenüber ‚Social Freezing‘. Anhand verschiedener Formen von Gruppendiskussionen könnte so beispielsweise noch konkreter untersucht werden, was ‚Social Freezing‘ zum Empörungsfaktor macht. Es stellt sich die Frage, wie ‚Social Freezing‘ in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird und ob es überall einen solchen Empörungsfaktor besitzt, wie der reproduktionsmedizinische Diskurs erwarten lässt. Im Rahmen der öffentlichen Verhandlung von ‚Social Freezing‘ im medialen Diskurs kann bisher unsystematisch beobachtet werden, dass das Thema sehr ambivalent behandelt wird.

Abschließend möchte ich nun noch einmal im Lichte der Ergebnisse dieser Studie auf das Beispiel des britischen Königshauses zurückkommen, mit dem ich diese Studie begonnen habe: die öffentliche Beschäftigung mit dem Kinderwunsch der damals frisch verheirateten Herzogin Meghan angesichts ihres 37. Geburtstages. In der Presse wurde vermutet, dass Meghan Markle sich in der Vergangenheit hat Eizellen einfrieren lassen:

„Das Thema Nachwuchs hat Meghan also von langer Hand geplant und das Ticken der Uhr schreckt sie nicht.“ (Bunte Magazin online vom 07.08.2018)

Auf der einen Seite könnte die mediale Auseinandersetzung und Berichterstattung über Meghan Markles Kinderwunsch und deren Alter eben jene Art der Aufmerksamkeit für ‚Social Freezing‘ darstellen, über die sich viele der Reproduktionsmediziner_innen in dieser Studie empören und die sie als Quelle ‚falscher Hoffnungen‘ ausmachen.

Auf der anderen Seite stellt Herzogin Meghan jedoch auch vor der Folie der Ergebnisse dieser Studie die ‚ideale‘ und aufgeklärte Frau dar, Kundin und ‚gute‘ Bürgerin zugleich, die ‚Social Freezing‘ in Anspruch nehmen darf, weil sie alles ‚richtig‘ gemacht und ‚früh genug‘ *das Beste aus sich herausgeholt hat*, um einige Monate später die Geburt ihres ersten Kindes verkünden zu können.

Literaturverzeichnis

- Ach, Johann S.; Runtenberg, Christa (2002): *Bioethik. Disziplin und Diskurs: zur Selbstaufklärung angewandter Ethik*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Adler, Patricia A.; Adler, Peter (1994): *Observational Techniques*. In: Norman K. Denzin und Yvonna S. Lincoln (Hrsg.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, S. 377–392.
- Alkemeyer, Thomas; Villa, Paula-Irene (2010): Somatischer Eigensinn? Kritische Anmerkungen zu Diskurs- und Gouvernementalitätsforschung aus subjektivationstheoretischer und praxeologischer Perspektive. In: Johannes Angermüller und Silke van Dyk (Hrsg.), *Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung. Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 315–336.
- Angermüller, Johannes; van Dyk, Silke (Hrsg.) (2010): *Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung. Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag.
- Anselm, Reiner; Inthorn, Julia; Kaelin, Lukas; Körtner, Ulrich H. J. (Hrsg.) (2014): *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht.
- Anselm, Reiner; Inthorn, Julia; Kaelin, Lukas; Körtner, Ulrich H. J. (2014): Vorwort: Autonomie und Macht in der modernen Medizin. In: dies. (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, S. 7–10.
- Armstrong, David (1995): The rise of surveillance medicine. In: *Sociology of Health & Illness* 17 (3), S. 393–404.
- Arni, Caroline (2008): Reproduktion und Genealogie: Zum Diskurs über die biologische Substanz. In: Nicolas Pethes und Silke Schicktanz (Hrsg.), *Sexualität als Experiment. Identität, Lust und Reproduktion zwischen Science und Fiction*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 293–309.
- Atzeni, Gina (2014): Der Wandel medizinischer Macht im ärztlichen Selbstbild und soziologischen Fremdbild. In: Reiner Anselm, Julia Inthorn, Lukas Kaelin und Ulrich H. J. Körtner (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, S. 153–170.

- Atzeni, Gina (2016): *Professionelles Erwartungsmanagement*. Baden Baden: Nomos.
- Atzeni, Gina; Groddeck, Victoria von (2016): Die Veränderung ärztlicher Professionsnarrationen. In: Ingo Bode und Werner Vogd (Hrsg.), *Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS, S. 67–83.
- Barthes, Roland (1988): *Das semiologische Abenteuer*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bauer, Susanne; Heinemann, Torsten; Lemke, Thomas (Hrsg.) (2017): *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp.
- Bauer, Susanne; Wahlberg, Ayo (Hrsg.) (2009): *Contested categories. Life Sciences in Society*. Farnham, England, Burlington: Ashgate.
- Bauman, Zygmunt (2000): *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Bayertz, Kurt (1987): *GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2001): *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauvoir, Simone de (1968): *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Beck, Stefan; Niewöhner, Jörg; Sörensen, Estrid (2012): *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*. Bielefeld: transcript.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker-Schmidt, Regina (2010): Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Ruth Becker und Barbara Budrich (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1991): *Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Gesundheit und Verantwortung im Zeitalter der Gentechnologie. In: Ulrich Beck und Elisabeth Beck-Gernsheim (Hrsg.), *Risikante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 316–335.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2006): *Die Kinderfrage heute. Über Frauenleben, Geburtenrückgang und Kinderwunsch*. München: C. H. Beck.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2013): Kinderwunsch ohne Grenzen? Globalisierte Fortpflanzungsmedizin und neue Formen der Elternschaft. In: Giovanni Maio, Tobias Eichinger und Claudia Bozzaro (Hrsg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg im Breisgau, München: Alber, S. 337–354.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth (2016): *Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge, Risiken, Nebenwirkungen*. Salzburg, Wien: Residenz Verlag.
- Bereswill, Mechthild (2003): Die Subjektivität von Forscherinnen und Forschern als methodologische Herausforderung. In: *Sozialer Sinn* 4 (3). DOI: 10.1515/sosi-2003-0308.
- Berg, Gisela (2002): Reproduktionstechnologien oder: der ‚Systembaukasten‘ der Fortpflanzung. In: Ellen Kuhlmann und Regine Kollek (Hrsg.), *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich, S. 23–40.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (2000): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Bergmann, Sven (2014): *Ausweichrouten der Reproduktion. Biomedizinische Mobilität und die Praxis der Eizellspende*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bernard, Andreas (2014): *Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie; Samenspende, Leihmütter, künstliche Befruchtung*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Bhatia, Rajani; Campo-Engelstein, Lisa (2018): The Biomedicalization of Social Egg Freezing. In: *Science, Technology, & Human Values* 43 (5), S. 864–887. DOI: 10.1177/0162243918754322.
- Biggs, Simon; Powell, Jason, L. (2009): Eine foucauldianische Analyse des Alterns und der Macht wohlfahrtstaatlicher Politik. In: Silke van Dyk und Stephan Lessenich (Hrsg.), *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 186–206.
- Blair, Olivia (2016): Beyoncé explains why she performed in front of the word 'feminist'. In: *Independent*, 05.04.2016. Online verfügbar unter <https://www.independent.co.uk/news/people/beyonce-explains-performed-in-front-of-the-word-feminist-flawless-formati-on-a6970256.html>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS. Online.
- Bolzen, Stefanie (2018): Als künstliche Befruchtung noch „Teufelswerk“ war. In: *DIE WELT online*, 25.07.2018. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/wissenschaft/artic-le179900342/Louise-Brown-das-erste-Retortenbaby-der-Welt-wird-40.html>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Borchardt, Alexandra (2014): Im Tal der auf Eis gelegten Gefühle. Apple und Facebook wollen sich in die Lebensplanung ihrer Mitarbeiterinnen einmischen. Die Folgen sind riskant. In: *Süddeutsche Zeitung*, 16.10.2014 (238), S. 2.
- Borkenhagen, Ada; Brähler, Elmar; Ach, Johann S. (2012): *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bozzaro, Claudia (2013): Ein Kind ja, aber erst irgendwann... Überlegungen zum Einsatz von Egg- und Ovarian-Tissue Freezing. In: Giovanni Maio, Tobias Eichinger und Claudia Bozzaro (Hrsg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg im Breisgau, München: Alber, S. 233–249.
- Braidotti, Rosi (2009): Zur Transposition des Lebens im Zeitalter des genetischen Biokapitalismus. In: Martin G. Weiß (Hrsg.), *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 108–135.
- Brandl, Yvonne (2007): „Wir schauen nach, ob auch alles in Ordnung ist.“ Kritische Anmerkungen über Machbarkeitsfantasien zur Schwangerschaft und die Planbarkeit des Lebens. In: *psychosozial Nr.110*, 30 (IV), S. 49–60.
- Braun, Kathrin (2014): Im Gefrierschrank. Eizellen einlagern für später? Social Freezing eröffnet Chancen für Frauen, heißt es. Doch in Wahrheit ist es für sie eine Falle. In: *Süddeutsche Zeitung*, 28.10.2014 (248), S. 2.
- Bravo, Michael; Rees, Gareth (2006): Cryo-politics: Environmental Security and the Future of Arctic Navigation. In: *The Brown Journal of World Affairs* 13 (1), S. 205–215.
- Breidenstein, Georg; Hirschauer, Stefan; Kalthoff, Herbert; Nieswand, Boris (2013): *Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung*. Stuttgart: UTB.
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bröckling, Ulrich (2008): Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemoth. A Journal on Civilisation* 1, S. 38–48. Online verfügbar unter: <https://zeithistorische-for->

- schungen.de/sites/default/files/medien/material/2013-3/Broeckling_2008.pdf, zuletzt geprüft am 23.08.2018.
- Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hrsg.) (2000): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bublitz, Hannelore (2012): Der Körper, das Gefängnis des Geschlechts. Biopolitik, Sexualität und Geschlecht. In: Eva Sängler und Malaika Rödel (Hrsg.), *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 200–219.
- Bundesärztekammer (2012): *Empfehlungen zur Patientenaufklärung*. In: Urban Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam, S. 120–126.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): *Patientenrechte*. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>, zuletzt geprüft am 23.08.2018.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018): *Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, mehr Angebote. „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz)*. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>, zuletzt geprüft am 03.08.2018.
- Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (1990): *Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG)*. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BjNR027460990.html>, zuletzt aktualisiert am 23.08.2018.
- Bunning, Jonny (2017): *The Freezer Program: Value after Life*. In: Joanna Radin und Emma Kowal (Hrsg.), *Cryopolitics. Frozen life in a melting world*. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, S. 215–244.
- Bunte Magazin (2018): Herzogin Meghan. Das Geheimnis um ihr Wunschbaby. In: *BUNTE.de*, 07.08.2018. Online (nach Anmeldung) verfügbar unter <https://www.bunte.de/royals/britisches-koenigshaus/herzogin-meghan-das-geheimnis-um-ihw-wunschbaby.html>, zuletzt geprüft am 10.08.2018.
- Burchell, Graham (1991): *The Foucault effect. Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Butler, Judith (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Butler, Judith (1997): *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Buyx, Alena; Hucklenbroich, Peter (2009): „Wunscherfüllende Medizin“ und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse. In: Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 25–53.
- Cartner-Morley, Jess (2016): Maria Grazia Chiuri's Dior debut spells out her feminist message. In: *The Guardian online*, 30.09.2016. Online verfügbar unter <https://www.theguardian.com/fashion/2016/sep/30/maria-grazia-chiuri-christian-dior-debut-feminist-message-paris-fashion-week>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Castel, Robert (1983): Von der Gefährlichkeit zum Risiko. In: Manfred M. Wambach (Hrsg.), *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 51–74.
- Celik, Önder; Celik, Ebru; Türkçüoğlu, İlgin (2011): Neo-oogenesis. Has its existence been proven? In: *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 12 (4), S. 274–276. DOI: 10.5152/jtgga.2011.64.

- Charmaz, Kathy C. (2011): Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181–206.
- Clarke, Adele; Keller, Reiner (2011): „Für mich ist die Darstellung der Komplexität der entscheidende Punkt.“ Zur Begründung der Situationsanalyse. Adele E. Clarke im Gespräch mit Reiner Keller. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 109–131.
- Clarke, Adele E. (2005): *Situational analysis. Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Clarke, Adele E. (2012): *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*. Hrsg. v. Reiner Keller. Wiesbaden: Springer VS.
- Clarke, Adele E.; Friese, Carrie; Washburn, Rachel (Hrsg.) (2015): *Situational analysis in practice. Mapping research with grounded theory*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- clínica eugin (2018): *Ihre Reproduktionsklinik in Barcelona*. Online verfügbar unter <https://www.klinikeugin.de/>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Cobo, Ana; García-Velasco, Juan A.; Coello, Aila; Domingo, Javier; Pellicer, Antonio; Remohí, José (2016): Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. In: *Fertility and sterility* 105 (3), 755–764. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.027.
- Corea, Gena (1986): *Muttermaschine. Reproduktionstechnologien, von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter*. Berlin: Rotbuch-Verlag.
- Correll, Lena (2009): „Es ruft nichts nach mir“. Frauen ohne Kinder und der gesellschaftspolitische Ruf nach Elternschaft. In: Paula-Irene Villa und Barabara Thiessen (Hrsg.), *Mütter – Väter: Diskurse, Medien, Praxen*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 259–274.
- Cussins, Charis (1996): Ontological Choreography. Agency through Objectification in Infertility Clinics. In: *Social Studies of Science* 26 (3), S. 575–610. DOI: 10.1177/030631296026003004.
- Czarniawska, Barbara (2013): *Narratives in social science research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Daly, Irene; Bewley, Susan (2013): Reproductive ageing and conflicting clocks. King Midas’ touch. In: *Reproductive BioMedicine Online* 27 (6), S. 722–732. DOI: 10.1016/j.rbmo.2013.09.012.
- Damm, Reinhard (2009): Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin: Eine medizinrechtliche Betrachtung. In: Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 183–206.
- Davis, Kathy (2008): *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Degele, Nina (2008a): *Gender, Queer Studies. Eine Einführung*. Paderborn: Fink.
- Degele, Nina (2004a): *Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Degele, Nina (2007): Schönheit-Erfolg-Macht. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 18, S. 26–32.
- Degele, Nina (2008): Normale Exklusivitäten – Schönheitshandeln, Schmerznormalisieren, Körper inszenieren. In: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 67–84.
- dejure.org (2018): *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – § 27a Künstliche Befruchtung*. Online verfügbar unter https://dejure.org/gesetze/SGB_V/27a.html, zuletzt geprüft am 03.08.2018.

- Denninger, Tina; Schütze, Lea (Hrsg.) (2017): *Alter(n) und Geschlecht. Neuerhandlungen eines sozialen Zusammenhangs*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- DER SPIEGEL (2014): Cover. In: *DER SPIEGEL* 17. Hamburg: SPIEGEL-Verlag.
- Deutsches IVF Register e. V. (2018): *D-I-R®*. Online verfügbar unter <https://www.deutsches-ivf-register.de/>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Djerassi, Carl (2014): Unbefleckte Empfängnis. In: *Süddeutsche Zeitung online*, 14.11.2014. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/einfrieren-von-eizellen-unbefleckte-empfaengnis-1.2218812>, zuletzt geprüft am 21.08.2018.
- Doing, Park (2008): Give Me a Laboratory and I Will Raise a Discipline: The Past, Present, and Future Politics of Laboratory Studies in STS. In: Edward J. Hackett, Olga Amsterdamska, Wiebe E. Bijker, Michael Lynch und Judy Wajcman (Hrsg.), *The handbook of science and technology studies*. Cambridge: The MIT Press, S. 279–297.
- Duden, Barbara (1987): *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Duden, Barbara (2002): Zwischen ‚wahrem Wissen‘ und Prophetie: Konzeptionen des Ungeborenen. In: Barbara Duden, Jürgen Schlumbohm und Patrice Veit (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. – 20. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 11–48.
- Duden, Barbara (2007 [1991]): *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Dudenhäusen, Joachim Wolfram (2008): Schwangerschaft und Geburt im 21. Jahrhundert. In: Christoph Wulf (Hrsg.), *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder*. Paderborn: Fink, S. 231–241.
- Dumit, Joseph; Davis-Floyd, Robbie (1998): *Cyborg babies. From Techno-sex to Techno-tots*. New York: Routledge.
- Eichinger, Tobias (2013a): Entgrenzte Fortpflanzung. Zu ethischen Herausforderungen der kinderwunscherfüllenden Medizin. In: Giovanni Maio, Tobias Eichinger und Claudia Bozzaro (Hrsg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg im Breisgau, München: Alber, S. 65–95.
- Eichinger, Tobias (2013b): *Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*. Berlin, Bielefeld: transcript.
- Emerson, Robert M.; Fretz, Rachel I.; Shaw, Linda L. (2011): *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Engel, Antke (2002): *Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Equit, Claudia; Hohage, Christoph (2016): Ausgewählte Entwicklungen und Konfliktlinien der Grounded Theory Methodology. In: Claudia Equit und Christoph Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 9–46.
- Esping-Andersen, Gosta (2013): *The fertility gap in Europe. Singularities of the Spanish case* (Social studies collection). Barcelona: "la Caixa" Welfare Projects.
- Esposito, Elena (2007): *Die Fiktion der wahrscheinlichen Realität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Faden, Ruth R.; King, Nancy M. P.; Beauchamp, Tom L. (2001): *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.
- Feiler, Julia (2017a): Social Freezing: Alter und Geschlecht als risikoreicher Verlust zwischen Biologie und Biographie. In: Tina Denninger und Lea Schütze (Hrsg.), *Alter(n) und*

- Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 211–229.
- Feiler, Julia (2017b): Risiken auf Eis gelegt. Über (Un-)Sichtbarkeiten von Mutterschaft im Diskurs um ‚Social Freezing‘. In: Eva Tolasch und Rhea Seehaus (Hrsg.), *Mutterschaften sichtbar machen: Sozial- und kulturwissenschaftliche Beiträge*. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 227–240.
- FertiPROTEKT Netzwerk e. V. (2018): *FertiPROTEKT. Netzwerk für fertilitätsprotektive Maßnahmen*. Online verfügbar unter <https://fertiprotekt.com/>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Feuerstein, Günter (Hrsg.) (1999): *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*. Bern: Huber.
- Feuerstein, Günter (2011): Der Arzt als Gesundheitsingenieur? Wissenschaft, Technik und das Schicksal der Autonomie. In: Sascha Dickel, Martina Franzen und Christoph Kehl (Hrsg.), *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 286–301.
- Feuerstein, Günter; Kuhlmann, Ellen (1999): Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Günter Feuerstein (Hrsg.), *Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis*. Bern: Huber, S. 9–16.
- Fielding, Helen (1996): *Bridget Jones's diary. A novel*. London: Picador.
- Firestone, Shulamith (1970): *The dialectic of sex. The case for feminist revolution*. London, New York: Verso.
- Folkers, Andreas; Lemke, Thomas (Hrsg.) (2014): *Biopolitik. Ein Reader*. Berlin: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1973): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Hanser.
- Foucault, Michel (1976): Die gesellschaftliche Ausweitung der Norm. In: ders., *Mikrophysik der Macht. Über Strafrecht, Psychiatrie und Medizin*. Berlin: Merve-Verlag, S. 83–88.
- Foucault, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit, Band 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1989): *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit, Band 3*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1991 [1974]): *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Foucault, Michel (1993): Technologien des Selbst. In: Luther H. Martin, Michel Foucault und Michael Bischoff (Hrsg.), *Technologien des Selbst*. Frankfurt am Main: Fischer, S. 24–62.
- Foucault, Michel (1994 [1976]): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1997 [1973]): *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1999 [1971]): *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2000): Die „Gouvernementalität“. In: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 41–67.
- Foucault, Michel (2003): Der Diskurs darf nicht gehalten werden für... In: ebd. (Hrsg.): *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Band III*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 164–165.
- Foucault, Michel (2005): *Analytik der Macht*. Hrsg. v. Daniel Defert, François Ewald, Jacques Lagrange und Thomas Lemke. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Foucault, Michel (2004): *Geschichte der Gouvernementalität II: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France, 1978 – 1979*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2006): *Geschichte der Gouvernementalität I: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Vorlesung am Collège de France, 1977 – 1978*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franklin, Sarah (1995): Postmodern Procreation: A Cultural Account of Assisted Reproduction. In: Faye D. Ginsburg und Rayna Rapp (Hrsg.), *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, S. 323–345.
- Franklin, Sarah (2003): Re-thinking nature–culture. In: *Anthropological Theory* 3 (1), S. 65–85.
- Franklin, Sarah (2013): *Biological Relatives – IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*. Durham: Duke University Press.
- Franklin, Sarah; Ragoné, Helena (1998): *Reproducing reproduction. Kinship, power, and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Friedman, Danielle (2014): Perk Up: Facebook and Apple Now Pay for Women to Freeze Eggs. In: *NBC News online*, 14.08.2014. Online verfügbar unter <https://www.nbcnews.com/news/us-news/perk-facebook-apple-now-pay-women-freeze-eggs-n225011>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Friedrich, Alexander (2017): The Rise of Cryopower: Biopolitics in the Age of Cryogenic Life. In: Joanna Radin und Emma Kowal (Hrsg.), *Cryopolitics. Frozen life in a melting world*. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, S. 59–69.
- Gehring, Petra (2007): Inwertsetzung der Gattung: Zur Kommerzialisierung der Fortpflanzungsmedizin. In: Jochen Taupitz (Hrsg.), *Kommerzialisierung des menschlichen Körpers*. Berlin: Springer, S. 53–68.
- Geo online (2018): *Das erste „Retortenbaby“ wird 40 Jahre alt*. In: *Geo online*, 25.08.2018. Online verfügbar unter <https://www.geo.de/wissen/gesundheit/19306-rtkl-louise-brown-das-erste-retortenbaby-wird-40-jahre-alt>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Geyer, Christian (Hrsg.) (2001): *Biopolitik. Die Positionen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gilman, Sander L. (2001): *Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery*. Princeton: Princeton University Press.
- Ginsburg, Faye D.; Rapp, Rayna (Hrsg.) (1995): *Conceiving the new world order. The global politics of reproduction*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L. (2010 [1967]): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Graumann, Sigrid; Grüber, Katrin (2004): *Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens*. Münster: LIT Verlag.
- Grey, Aubrey de; Rae, Michael (2010): *Niemals alt! So lässt sich das Altern umkehren. Fortschritte der Verjüngungsforschung*. Bielefeld: transcript.
- Hackett, Edward J.; Amsterdamska, Olga; Bijker, Wiebe E.; Lynch, Michael; Wajcman, Judy (Hrsg.) (2008): *The handbook of science and technology studies*. Cambridge: The MIT Press.
- Hacking, Ian (2016): Biopower and the Avalanche of Printed Numbers. In: Vernon W. Cisney und Nicolae Morar (Hrsg.), *Biopower. Foucault and beyond*. Chicago, London: The University of Chicago Press, S. 65–81.
- Haeming, Anne (2017): „Hart aber fair“ über späte Mutterschaft. „Die Männer werden auch nicht besser“. In: *SPIEGEL ONLINE*, 21.03.2017. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/kultur/tv/hart-aber-fair-die-maenner-werden-auch-nicht-besser-a-1139674.html>, zuletzt geprüft am 26.08.2018.

- Hagemann-White, Carol (1984): *Sozialisation. Weiblich – männlich?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haraway, Donna (1995a): Die Biopolitik postmoderner Körper. Konstitutionen des Selbst im Diskurs des Immunsystems. In: Donna Haraway, Carmen Hammer und Immanuel Stieß (Hrsg.), *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 160–220.
- Haraway, Donna (1995b): Ein Manifest für Cyborgs. Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften. In: Donna Haraway, Carmen Hammer und Immanuel Stieß (Hrsg.), *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 33–72.
- Haraway, Donna; Hammer, Carmen; Stieß, Immanuel (Hrsg.) (1995): *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag.
- Harding, Sandra G. (1990): *Feministische Wissenschaftstheorie. Zum Verhältnis von Wissenschaft und sozialem Geschlecht*. Hamburg: Argument Verlag.
- Hark, Sabine (2013): Queer Studies. In: Christina von Braun (Hrsg.), *Gender@Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien*. Köln, Wien u. a.: Böhlau, S. 309–327.
- Hartung, Heike (2005): *Alter und Geschlecht. Repräsentationen, Geschichten und Theorien des Alter(n)s* (Gender studies). Bielefeld: transcript.
- Harwood, Karey (2009): Egg freezing: a breakthrough for reproductive autonomy? In: *Bioethics* 23 (1), S. 39–46. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2008.00680.x.
- Hausen, Karin (1976): Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Werner Conze (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas. Neue Forschungen*. Stuttgart: Klett, S. 363–393.
- Helfferrich, Cornelia (2017): Alter vollendet Männlichkeit und tilgt Weiblichkeit: Sozialtheoretische Betrachtungen zur Überlagerung von Geschlechter- und Altershierarchie. In: Tina Denninger und Lea Schütze (Hrsg.): *Alter(n) und Geschlecht. Neuverhandlungen eines sozialen Zusammenhangs*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 90–106.
- Hitzler, Ronald; Gothe, Miriam (Hrsg.) (2015): *Ethnographische Erkundungen. Methodische Aspekte aktueller Forschungsprojekte*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hochschild, Arlie Russell (2015): The Surrogate's Womb. In: *Gender, Equal Opportunities, Research* 16 (2), S. 42. DOI: 10.13060/12130028.2015.16.2.219.
- Hofmann, Heidi (2003): Feministische Diskurse über moderne Reproduktionstechnologien. In: Sigrid Graumann und Ingrid Schneider (Hrsg.): *Verkörpernte Technik, entkörpernte Frau. Biopolitik und Geschlecht*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 81–94.
- Honegger, Claudia (1996): *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750 – 1850*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag.
- Hopf, Christel (2007): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S. 589–599.
- Inhorn, Marcia C. (2002): *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley, Los Angeles, London: The University of California Press.
- Inhorn, Marcia C. (2013): Women, consider freezing your eggs. In: *CNN online*, 09.04.2013. Online verfügbar unter <https://edition.cnn.com/2013/04/09/opinion/inhorn-egg-freezing/index.html>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Inhorn, Marcia C.; Birenbaum-Carmeli, Daphna; Westphal, Lynn M.; Doyle, Joseph; Gleicher, Norbert; Meiorow, Dror et al. (2018): Ten pathways to elective egg freezing. A binational analysis. In: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. DOI: 10.1007/s10815-018-1277-3.

- Inthorn, Julia (2014): Autonomie und sozialer Druck am Beispiel der ästhetischen Chirurgie. In: Reiner Anselm, Julia Inthorn, Lukas Kaelin und Ulrich H. J. Körtner (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, S. 129–140.
- Irrgang, Bernhard (2012): *Projektmedizin. Neue Medizin, technologie-induzierter Wertewandel und ethische Pragmatik*. Stuttgart: Steiner.
- Jasanoff, Sheila (2001): *Handbook of science and technology studies*. Thousand Oaks: SAGE.
- Jasanoff, Sheila (2006): *States of knowledge. The co-production of science and the social order*. London, New York: Routledge
- Johnson, Joshua; Canning, Jacqueline; Kaneko, Tomoko; Pru, James K.; Tilly, Jonathan L. (2004): Germline stem cells and follicular renewal in the postnatal mammalian ovary. In: *Nature* 428 (6979), S. 145–150. DOI: 10.1038/nature02316.
- Jonas, Hans (1985): *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt am Main: Insel-Verlag.
- Joung, Phillan (2009): Moderne Reproduktionsmedizin als Erfüllungsgehilfin alter Wunschtäume: Geschlechterselektion in Südkorea. In: Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 253–271.
- Jung, Tina (2017): Die „gute Geburt“ – Ergebnis richtiger Entscheidungen? Zur Kritik des gegenwärtigen Selbstbestimmungsdiskurses vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Geburtshilfesystems. In: *GENDER* 9 (2), S. 30–45. DOI: 10.3224/gender.v9i2.03.
- Junker, Iris; Kettner, Matthias (2009): Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung. In: Matthias Kettner (Hrsg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag, S. 55–74.
- Kalender, Ute (2012): Queere Potentiale? Zur Queerness von Reproduktionstechnologien aus der Perspektive materialistischer Feminismen und kritischer Disability Studies. In: *Feministische Studien* 30 (2), S. 9. DOI: 10.1515/fs-2012-0205.
- Kalender, Ute (2014): Körper von Wert. Eine kritische Analyse der bioethischen Diskurse über die Stammzellforschung. Bielefeld: transcript.
- Kant, Immanuel (1784): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: *Berlinische Monatsschrift* (Dezember-Heft 1784), S. 481–494.
- Karsch, Fabian (2015): *Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder*. Bielefeld: transcript.
- Katz, Stephen (1996): *Disciplining old age. The formation of gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Keller, Evelyn Fox (1995): Geschlecht und Wissenschaft: Eine Standortbestimmung. In: Barbara Orland und Elvira Scheich (Hrsg.), *Das Geschlecht der Natur. Feministische Beiträge zur Geschichte und Theorie der Naturwissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 64–91.
- Keller, Evelyn Fox (1998): *Das Leben neu denken. Metaphern der Biologie im 20. Jahrhundert*. München: Kunstmann.
- Keller, Evelyn Fox (2000): *The century of the gene*. Cambridge: Harvard University Press.
- Keller, Evelyn Fox; Blumenberg, Bettina (1986): *Liebe, Macht und Erkenntnis. Männliche oder weibliche Wissenschaft?* München: Hanser.
- Keller, Reiner (2008a): Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissenschaftlichen Profilierung der Diskursforschung. In: *Historical Social Research* 33 (1), S. 73–107.

- Keller, Reiner (2008b): *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, Reiner (2011a): Wissenssoziologische Diskursanalyse. In: Reiner Keller (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125–158.
- Keller, Reiner (2011b): *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, Reiner; Meuser, Michael (Hrsg.) (2011): *Körperwissen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kettner, Matthias (2006): „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? In: GGW2 6, S. 7–16.
- Kettner, Matthias (Hrsg.) (2009): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Kinderwunschzentrum an der Oper (2018): *Social Freezing*. Online verfügbar unter <https://www.kinderwunschzentrum-an-der-oper.de/de/social-freezing.html>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Klein, Renate D. (Hrsg.) (1989): *Das Geschäft mit der Hoffnung. Erfahrungen mit der Fortpflanzungsmedizin; Frauen berichten*. Berlin: Orlanda-Frauenverlag.
- Knecht, Michi (2008): Reproduktionstechnologien und die Biomedikalisierung von Verwandtschaft. In: *Das Argument. Zeitschrift für Philosophie und Sozialwissenschaften* 50 (2), S. 179–194.
- Knecht, Michi; Heinitz, Anna Frederike; Burghardt, Scout; Mohr, Sebastian (Hrsg.) (2010): *Samenbanken – Samenspende. Ethnographische und historische Perspektiven auf Männlichkeit in der Reproduktionsmedizin*. Münster: LIT-Verlag.
- Kneuper, Elsbeth (2003): Die ‚natürliche Geburt‘ – Eine globale Errungenschaft? In: Angelika Wolf und Viola Hörbst (Hrsg.), *Medizin und Globalisierung. Universelle Ansprüche, lokale Antworten*. Münster: LIT-Verlag, S. 107–128.
- Knorr-Cetina, Karin (1991): *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kollek, Regine; Lemke, Thomas (2008): *Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests*. Frankfurt am Main, New York: Campus-Verlag.
- Körtner, Ulrich H. J. (2014): Autonomie – Erziehung – Entfaltung. In: Reiner Anselm, Julia Inthorn, Lukas Kaelin und Ulrich H. J. Körtner (Hrsg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinische Entscheidungen*. Göttingen: Edition Ruprecht, S. 13–18.
- Kress, Gunther R.; van Leeuwen, Theo (2006): *Reading images. The grammar of visual design*. London: Routledge.
- Kuhlmann, Ellen; Kolle, Regine (Hrsg.) (2002): *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Latour, Bruno (1996): *Der Berliner Schlüssel. Erkundungen eines Liebhabers der Wissenschaften*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Latour, Bruno; Woolgar, Steve (1986): *Laboratory life. The construction of scientific facts*. Princeton: Princeton University Press.
- Lauer, Céline (2014): Der neue Eiertanz. In: *WELT am SONNTAG*, 19.10.2014 (42), S. 10.
- Laufenberg, Mike (2012): „Die Kraft zu fliehen“. Überlegungen zur Queer Thory im Zeitalter der Biopolitik. In: Eva Sänger und Malaika Rödel (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 266–286.

- Laz, Cheryl (1998): Act your Age. In: *Sociological Forum* 13 (1), S.85–113. DOI: 10.1023/A:1022160015408.
- Lemke, Thomas (2000): Die Regierung der Risiken – von der Eugenik zur genetischen Gouvernamentalität. In: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.227–265.
- Lemke, Thomas (2004a): Die politische Ökonomie des Lebens. Biopolitik und Rassismus bei Michel Foucault und Giorgio Agamben. In: Ulrich Bröckling (Hrsg.), *Disziplinen des Lebens. Zwischen Anthropologie, Literatur und Politik*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag, S.257–274.
- Lemke, Thomas (2004b): *Veranlagung und Verantwortung. Genetische Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Schicksal*. Bielefeld: transcript.
- Lemke, Thomas (2008a): Eine Analytik der Biopolitik. Überlegungen zu Geschichte und Gegenwart eines umstrittenen Begriffs. In: *BEHEMOTH – A Journal on Civilisation* 1 (1), S.72–89. DOI: 10.6094/behemoth.2008.1.1.755.
- Lemke, Thomas (2008b): *Gouvernamentalität und Biopolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lemke, Thomas (2009): Kinderwunsch im Spannungsfeld von Risikodiagnosen und Verantwortungserwartungen. In: *Die Hebamme* 22 (2), S.81–83.
- Lemke, Thomas (2013): *Biopolitik zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Lemke, Thomas (2017): Neue Materialismen. Einführung. In: Susanne Bauer, Torsten Heinemann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp, S.551–573.
- Lengwiler, Martin; Madarász, Jeannette (Hrsg.) (2014): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Lenz, Karl; Adler, Marina (2010): *Geschlechterverhältnisse*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Liburkina, Ruzana; Niewöhner, Jörg (2017): Laborstudien. Einführung. In: Susanne Bauer, Torsten Heinemann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp, S.173–197.
- Liebsch, Katharina; Manz, Ulrike (Hrsg.) (2010): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld: transcript.
- Lindner, Ulrike (2014): Sicherheits- und Präventionskonzepte im Umbruch: von der Gruppenvorsorge zur individualisierten medizinischen Risikoprävention für Schwangere. In: Martin Lengwiler und Jeannette Madarász (Hrsg.), *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript, S.229–250.
- Lissarrague, Francois (1996): Frauen, Kästchen, Gefäße: Einige Zeichen und Metaphern. In: Ellen D. Reeder (Hrsg.), *Pandora. Frauen im klassischen Griechenland*. Mainz: von Zabern.
- Lockwood, Gillian M. (2011): Social egg freezing: the prospect of reproductive ‘immortality’ or a dangerous delusion? In: *Reproductive BioMedicine Online* 23, S.334–340.
- Löw, Martina (2012): *Raumsoziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lüders, Christian (2007): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, S.384–401.
- Ludwig, Kristiana (2018): Nur mit Trauschein. In: *Süddeutsche Zeitung online*, 24.06.2018. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/politik/social-freezing-nur-mit-trauschein-1.4028035>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.

- Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1991): *Soziologie des Risikos*. Berlin: De Gruyter.
- Lumet, Sidney (1983): *The Verdict – Die Wahrheit und nichts als die Wahrheit*. Originaltitel: *The Verdict*. Mit Paul Newman, USA.
- Maasen, Sabine (2005): Schönheitschirurgie. Schnittflächen flexiblen Selbstmanagements. In: Barbara Orland (Hrsg.), *Artifizielle Körper – lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich: Chronos-Verlag, S. 239–260.
- Maasen, Sabine (2008): Bio-ästhetische Gouvernementalität – Schönheitschirurgie als Biopolitik. In: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 99–118.
- Maasen, Sabine; Mayerhauser, Torsten; Renggli, Cornelia (Hrsg.) (2006): *Bilder als Diskurse – Bilddiskurse*. Weilerwist: Velbrück.
- Maasen, Sabine; Mendelsohn, Everett; Weingart, Peter (Hrsg.) (1995): *Biology as society, society as biology. Metaphors*. Dordrecht: Kluwer.
- Maio, Giovanni (2007): Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132 (43), S. 2278–2281.
- Maio, Giovanni (Hrsg.) (2015): *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit*. Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder.
- Maio, Giovanni; Eichinger, Tobias; Bozzaro, Claudia (Hrsg.) (2013): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg im Breisgau, München: Alber.
- Marckmann, Georg; Bormuth, Matthias (2012): Arzt-Patient-Verhältnis und informiertes Einverständnis. Einführung. In: Urban Wiesing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch*. Stuttgart: Reclam, S. 96–106.
- Martin, Emily (1991): The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles. In: *Signs* 16 (3), S. 485–501.
- Martin, Emily (1989): *Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Martin, Lauren Jade (2010): Anticipating Infertility. Egg Freezing, Genetic Preservation, and Risk. In: *Gender & Society* 24 (4), S. 526–545. DOI: 10.1177/0891243210377172.
- McRobbie, Angela (2010): *Top Girls. Feminismus und der Aufstieg des neoliberalen Geschlechterregimes*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meier, Stefan (2011a): Multimodalität im Diskurs: Konzept und Methode einer multimodalen Diskursanalyse. In: Reiner Keller (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 499–532.
- Meili, Barbara (2008): Experten der Grenzziehung – Eine empirische Annäherung an Legitimationsstrategien von Schönheitschirurgen zwischen Medizin und Lifestyle. In: Paula-Irene Villa (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 119–142.
- Mertes, Heidi (2013): The portrayal of healthy women requesting oocyte cryopreservation. In: *Facts Views Vis Obgyn* 5 (2), S. 141–146.
- Meßmer, Anna-Katharina (2017): *Überschüssiges Gewebe. Intimchirurgie zwischen Ästhetisierung und Medikalisierung*. Wiesbaden: Springer VS.

- Meuser, Michael (2014): Körperarbeit – Fitness, Gesundheit, Schönheit. In: Alfred Bellebaum und Robert Hettlage (Hrsg.), *Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge*. Wiesbaden: Springer VS, S. 65–81.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35–60.
- Mies, Maria (1985): 'Why do we need all this?' A call against genetic engineering and reproductive technology. In: *Women's Studies International Forum* 8 (6), S. 553–560. DOI: 10.1016/0277-5395(85)90093-7.
- Moes, Johannes (2000): Von der Text- zur Hypertextanalyse: Konsequenzen für die Qualitative Forschung. In: *Forum: Qualitative Sozialforschung* 1 (1).
- Mohapatra, Seema (2014): Using Egg Freezing for Non-Medical Reasons. Fertility Insurance or False Hope? – Legal, Ethical, and Policy Considerations. In: *SSRN Journal*. DOI: 10.2139/ssrn.2352111.
- Mol, Annemarie (2002): *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Morrison, Daniel R. (2008): Making the Autonomous Client: how genetic Counselors construct Autonomous Subjects. In: Barbara Katz Rothman, Elizabeth M. Armstrong und Rebecca Tiger (Hrsg.): *Bioethical issues, sociological perspectives*. Amsterdam, Boston: Elsevier, S. 179–198.
- Motakef, Mona (2011): *Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende*. Bielefeld: transcript.
- Müller, Julian; Groddeck, Victoria von (Hrsg.) (2013): *(Un)Bestimmtheit. Praktische Problemkonstellationen*. München: Wilhelm Fink.
- Müller, Ruth (2014): Racing for What? Anticipation and Acceleration in the Work and Career Practices of Academic Life Science Postdocs. In: *Forum: Qualitative Sozialforschung* 15 (3).
- Myers, Kit (2017): "If I'm Going to Do It, I'm Going to Do It Right". Intensive Mothering Ideologies among Childless Women Who Elect Egg Freezing. In: *Gender & Society* 31 (6), S. 777–803. DOI: 10.1177/0891243217732329.
- Namberger, Verena (2017): Der (re)produktive Körper in der südafrikanischen Ökonomie der Eizellspenden. Ein feministischer Dialog über Materialität/en. *OPEN GENDER JOURNAL*, 2017. DOI: 10.17169/OGJ.2017.1.
- Nassehi, Armin; Saake, Irmhild; Mayr Katharina (2008): Healthcare Ethics Committees without funktion? Locations and forms of ethical speech in a 'Society of Presents'. In: Barbara Katz Rothman, Elizabeth M. Armstrong und Rebecca Tiger (Hrsg.), *Bioethical issues, sociological perspectives*. Amsterdam, Boston: Elsevier, S. 129–156.
- Nawroth, Frank (2015): *Social Freezing. Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen aus nicht-medizinischen Indikationen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Nawroth, Frank; Dittrich, Ralf; Kupka, Markus; Lawrenz, Barbara; Montag, M.; Wolff, Michael von (2012): Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen („social freezing“). In: *Frauenarzt* 53 (6), S. 528–533. Online verfügbar unter http://www.fertiprotekt.de/admin/upload/pdf/frauenarzt_social_freezing_06_2012.pdf.
- Orland, Barbara (Hrsg.) (2005): *Artifizielle Körper – lebendige Technik. Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich: Chronos-Verlag.
- Orland, Barbara; Scheich, Elvira (Hrsg.) (1995): *Das Geschlecht der Natur. Feministische Beiträge zur Geschichte und Theorie der Naturwissenschaften*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Palmer, Cecily (2009): Human and Object, Subject and Thing: The Troublesome Nature of Human Biological Material (HBM). In: Susanne Bauer und Ayo Wahlberg (Hrsg.): *Contested categories. Life sciences in society*. Farnham, England, Burlington: Ashgate, S. 15–30.
- Parzeller, Markus; Wenk, Maren; Zedler, Barbara; Rothschild, Markus (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (9), A576–86.
- Pauwels, Luc (2011): Researching Websites as Social and Cultural Expressions: Methodological Predicaments and a Multimodal Model for Analysis. In: Eric Margolis und Luc Pauwels (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Visual Research Methods*. London: Sage Publications, S. 571–589.
- Pauwels, Luc (2012): A Multimodal Framework for Analyzing Websites as Cultural Expressions. In: *Journal of Computer-Mediated Communication* 17, S. 247–265.
- Peacock, Louisa (2013): Kate Garraway: “I wish I’d had my babies younger”. In: *The Telegraph online*, 17. Mai 2013. Online verfügbar unter: <https://www.telegraph.co.uk/women/mother-tongue/10064463/Kate-Garraway-I-wish-I-d-had-my-babies-younger.html>. Zuletzt abgerufen am 06.09.2019
- Petersen, Alan R. (2011): *The politics of bioethics*. New York: Routledge..
- Powell, Jason L.; Wahidin, Azrini (2006): Introduction: Foucault and Aging. In: dies. (Hrsg.): *Foucault and aging*. New York: Nova Science Publishers, S. vi–xiii.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg, S. 162–170.
- Rabinow, Paul; Rose, Nikolas (2016): *Biopower Today*. In: Vernon W. Cisney und Nicolae Morar (Hrsg.), *Biopower. Foucault and beyond*. Chicago, London: The University of Chicago Press, S. 297–325.
- Radin, Joanna; Kowal, Emma (Hrsg.) (2017): *Cryopolitics. Frozen life in a melting world*. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press.
- Rapp, Rayna (1999): *Testing women, testing the fetus. The social impact of amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- Ravn, Malin Noem (2009): Substances of the Body: Blood, Genes and Personhood. In: Susanne Bauer und Ayo Wahlberg (Hrsg.): *Contested categories. Life sciences in society*. Farnham, England, Burlington: Ashgate, S. 31–48.
- Reichert, Jo; Marth, Nadine (2004): Abschied vom Glauben an die Allmacht der Rationalität? oder: Der Unternehmensberater als Charismatiker. Lässt sich die hermeneutische Wissenssoziologie für die Interpretation einer Homepage nutzen? In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 5, S. 7–27.
- Reiger, Kerreen; Dempsey, Rhea (2006): Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. In: *Health Sociology Review* 15 (4), S. 364–373.
- Rheinberger, Hans-Jörg; Müller-Wille, Steffan (2009): Technische Reproduzierbarkeit organischer Natur – aus der Perspektive einer Geschichte der Molekularbiologie. In: Martin G. Weiß (Hrsg.): *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt, M: Suhrkamp (1899), S. 11–33.
- Richard, Birgit; Zaremba, Jutta (2007): *Hülle und Container. Medizinische Weiblichkeitsbilder im Internet*. Paderborn: Fink.
- Riedel, Matthias (2017): Alter(n). In: Robert Gugutzer, Gabriele Klein und Michael Meuser (Hrsg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Band 2: Forschungsfelder und Methodische Zugänge. Wiesbaden: Springer VS, S. 3–16.
- Riskin, Jessica (2005): Künstliches Leben produzieren. Denkparallelen im Automatenbau des 18. Jahrhunderts und heute. In: Barbara Orland (Hrsg.): *Artifizielle Körper – leben-*

- dige Technik. *Technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich: Chronos-Verlag.
- Rödel, Malaika (2014): *Geschlecht im Zeitalter der Reproduktionstechnologien. Natur, Technologie und Körper im Diskurs der Präimplantationsdiagnostik*. Bielefeld: transcript.
- Rönne, Ronja Larissa von (2015): Warum mich der Feminismus anekelt. In: *WELT online*, 08.04.2015. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/kultur/article139269797/Warum-mich-der-Feminismus-anezelt.html>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Rosa, Hartmut (2012): *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rosales, Caroline (2017): Warum Frauen ab 30 so schwer „den Richtigen“ finden. Frauen binden sich spät, weil oft der Mann fürs Leben fehlt. Gerade Akademikerinnen tun sich schwer. Dabei wäre das leicht zu ändern. In: *morgenpost.de*, 19.03.2017. Online verfügbar unter <https://www.morgenpost.de/vermishtes/article209979687/Warum-Frauen-ab-30-so-schwer-den-Richtigen-finden.html>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Rose, Nikolas (2001): The Politics of Life Itself. In: *Theory, Culture & Society* 18 (6), S. 1–30. DOI: 10.1177/02632760122052020.
- Rothman, Barbara Katz (1991): *In labor. Women and power in the birthplace*. New York: Norton.
- Rothman, Barbara Katz (2002): Auf Bestellung. Eine Kritik des Versprechens von Planbarkeit und Kontrolle in der Repro-Genetik. In: Barbara Duden und Dorothee Noeres (Hrsg.), *Auf den Spuren des Körpers in einer technologischen Welt*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 393–402.
- Rothman, Barbara Katz; Armstrong, Elizabeth M.; Tiger, Rebecca (Hrsg.) (2008): *Bioethical issues, sociological perspectives*. Amsterdam, Boston: Elsevier.
- Samerski, Silja (2010): *Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt*. Darmstadt: WBG – Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Samerski, Silja (2013): Professioneller Entscheidungsunterricht. Vom Klienten zum mündigen Entscheider. In: *Leviathan* 41 (1), S. 144–163.
- Samerski, Silja; Henkel, Anna (2015): Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. In: *Berliner Journal für Soziologie* 25 (1-2), S. 83–110. DOI: 10.1007/s11609-015-0281-z.
- Sandberg, Sheryl (2013): *Lean In. Women, work, and the will to lead*. London: WH Allen.
- Sänger, Eva (2018): Reproduktionstechnologien: Herausforderungen für die feministische Geschlechterforschung. In: Beate Kortendiek, Birgit Riegraf und Katja Sabisch (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, im Erscheinen.
- Sänger, Eva; Dörr, Annalena; Scheunemann, Judith; Treusch Patricia (2013): Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen. In: *GENDER* (1), S. 56–71.
- Sänger, Eva; Rödel, Malaika (Hrsg.) (2012): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen. Forum Frauen- und Geschlechterforschung*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Sauerbrey, Anna (2014): Die Frau von heute: Sklavin oder Asset? In: *Der Tagesspiegel online*, 23.10.2014. Online verfügbar unter <https://www.tagesspiegel.de/politik/social-freezing-die-frau-von-heute-sklavin-oder-asset/10858616.html>, zuletzt geprüft am 21.08.2018.
- Schadler, Cornelia (2013): *Vater, Mutter, Kind werden*. Bielefeld: transcript.
- Schildmann, Jan; Vollmann, Jochen (2015): Arzt-Patient-Verhältnis. In: Dieter Sturma und Bert Heinrichs (Hrsg.): *Handbuch Bioethik*. Stuttgart: J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung, S. 194–198.

- Schmidt, Desirée (2018): Öffentlich-mediale Bilder von Kindern und Kindheiten – Die antizipierten Bedürfnisse von Kindern im Diskurs um Social Freezing. In: Ina Kaul, Desirée Schmidt und Werner Thole (Hrsg.), *Kinder und Kindheiten. Studien zur Empirie der Kindheit. Unsicherheiten, Herausforderungen und Zumutungen*, S. 173–191.
- Schmidt-Semisch, Henning; Schorb, Friedrich (Hrsg.) (2008): *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, Ingrid (2002): Körper und Eigentum – Grenzverhandlungen zwischen Personen, Sachen und Subjekten. In: Ellen Kuhlmann und Regine Kollek (Hrsg.), *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich, S. 41–59.
- Schramm, Katharina (2017): Postkoloniale STS. Einführung. In: Susanne Bauer, Torsten Heinemann und Thomas Lemke (Hrsg.), *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp, S. 471–494.
- Schreiner, Tobias (2018): Der erste im Reagenzglas gezeugte Mensch wird 40. In: *Tagesspiegel online*, 25.07.2018. Online verfügbar unter <https://www.tagesspiegel.de/wissen/louise-brown-der-erste-im-reagenzglas-gezeugte-mensch-wird-40/22840814.html>, zuletzt geprüft am 31.07.2018.
- Schulz-Schaeffer, Ingo (2017): Akteur-Netzwerk-Theorie. Einführung. In: Susanne Bauer, Torsten Heinemann und Thomas Lemke (Hrsg.): *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp, S. 271–291.
- Schwaabe, Christian (2003): *Antiamerikanismus. Wandlungen eines Feindbildes*. München: Fink.
- Schweizerische Depeschagentur (2010): 64-jährige Aargauerin bringt Kind zur Welt. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 08.12.2010. Online verfügbar unter https://www.nzz.ch/64-jaehrige_aargauerin_bringt_kind_zur_welt-1.8594077, zuletzt geprüft am 14.12.2017.
- Sharon Maguire (2016): *Bridget Jones' Baby*. Mit Renée Zellweger, USA.
- Siemens, Ansgar (2016): Janet Jackson. Schwanger mit 50. In: *SPIEGEL online*, 12.10.2016. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/leute/janet-jackson-schwanger-mit-50-a-1116321.html>, zuletzt geprüft am 14.12.2017.
- Siems, Dorothea (2018): Qualifiziert, weiblich, kinderlos. In: *WELT online*, 08.03.2018. Online verfügbar unter https://www.welt.de/print/die_welt/wirtschaft/article174316944/Qualifiziert-weiblich-kinderlos.html, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Sigusch, Volkmar (1991): Die Transsexuellen und unser isomorpher Blick. In: *Zeitschrift für Sexualforschung* (3–4), 225–256 und 309–343.
- Siri, Jasmin (2014): Public*private: how the political self emerges in social media. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 39 (1), S. 101–120.
- Siri, Jasmin; Robnik, Tanja (2016): Systemtheorie und Diskursanalyse. In: Kolja Möller und Jasmin Siri (Hrsg.), *Systemtheorie und Gesellschaftskritik. Perspektiven der Kritischen Systemtheorie*. Bielefeld: transcript, S. 115–132.
- SPIEGEL ONLINE: Social Freezing. Schwangerschaft aus dem Gefrierschrank. In: SPIEGEL ONLINE, 11.06.2019. Online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/social-freezing-schwangerschaft-aus-dem-gefrierschrank-a-1271203.html>, zuletzt geprüft am 27.06.2019.
- Spindler, Mone (2007): Neue Konzepte für alte Körper. Ist Anti-Aging unnatürlich? In: Heike Hartung (Hrsg.), *Graue Theorie. Die Kategorien Alter und Geschlecht im kulturellen Diskurs*. Köln: Böhlau, S. 79–101.

- Spindler, Mone (2014): „Altern ja – aber gesundes Altern“. *Die Neubegründung der Anti-Aging-Medizin in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS.
- Spradley, James P. (1980): *Participant observation*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Stäheli, Urs (2006): Normale Chancen? Zur Inszenierung von Investmentchancen in der Finanzwerbung. In: Sabine Maasen, Torsten Mayerhauser und Cornelia Renggli (Hrsg.), *Bilder als Diskurse – Bilddiskurse*. Weilerwist: Velbrück, S. 27–52.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a): *Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2016* (biologische Geburtenfolge). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html>, zuletzt geprüft am 26.08.2018.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b): *Durchschnittliches Sterbealter: Deutschland, Jahre, Geschlecht*. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/link/tabelleErgebnis/12613-0007>, zuletzt geprüft am 26.08.2018.
- Stehr, Nico; Grundmann, Reiner (2010): *Expertenwissen. Die Kultur und die Macht von Experten, Beratern und Ratgebern*. Weilerswist: Velbrück.
- Strübing, Jörg (2014): *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Wiesbaden: Springer VS.
- Strübing, Jörg; Hirschauer, Stefan; Ayaß, Ruth; Krähnke, Uwe; Scheffer, Thomas (2018): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. In: *Zeitschrift für Soziologie* 47 (2), S. 83–100. DOI: 10.1515/zfsoz-2018-1006.
- Sureau, Claude (1995): Medical deresponsibilization. In: *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 12 (8), S. 552–558.
- Sutterlüty, Ferdinand; Imbusch, Peter (Hrsg.) (2008): *Abenteuer Feldforschung. Soziologen erzählen*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Tauber, Michelle (2007): Marcia Cross ‘Better Than I Even Imagined’. In: *People online*, 23.04.2007. Online verfügbar unter <http://people.com/archive/cover-story-marcia-cross-better-than-i-even-imagined-vol-67-no-16/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.
- The Hastings Center (2018): *The Hastings Center*. Online verfügbar unter <http://www.the-hastingscenter.org/>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Thieme Compliance (2014): *Familienplanung „auf Eis gelegt“: Thieme Compliance gibt Patientenaufklärungsbogen zum „Social Freezing“ heraus*. Hrsg. v. Thieme Compliance. Online verfügbar unter https://thieme-compliance.de/de/news-presse/artikel/?tx_news_pi1%5B-news%5D=43&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=0f7a84b00329cdd0190c0348ecd01ee3, zuletzt aktualisiert am 07.12.2014, zuletzt geprüft am 23.08.2018.
- Thompson, Charis (2005): *Making parents. The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT Press.
- Thompson, Charis (2009): Die Farbe der Haut. Zur Persistenz des biologischen Rassebegriffs in der Reproduktionsmedizin. In: Martin G. Weiß (Hrsg.), *Bios und Zoö. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 304–329.
- Traue, Boris (2010): *Das Subjekt der Beratung. Zur Soziologie einer Psycho-Technik*. Bielefeld: transcript.
- Traue, Boris (2013): Visuelle Diskursanalyse. Ein programmatischer Vorschlag zur Untersuchung von Sicht- und Sagbarkeiten im Medienwandel. In: *Zeitschrift für Diskursforschung* 2 (1), S. 117–136.

- Traue, Boris; Schünzel, Anja (2014): Visueller Aktivismus und affektive Öffentlichkeiten: Die Inszenierung von Körperwissen in ‚Pro-Ana‘ und ‚Fat acceptance‘-Blogs. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 39 (1), S. 121–142.
- Ullrich, Charlotte (2012): *Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis*. Bielefeld: transcript.
- Unger, Hella von; Narimani, Petra; M’Bayo, Rosaline (Hrsg.) (2014): *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- van den Daele, Wolfgang (Hrsg.) (2005): *Biopolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- van der Ven, Katrin; Pohlmann, Monika; Hößle, Corinna (2017): *Social Freezing. Die Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin und die ethische Kontroverse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- van Dyk, Silke (2015): *Soziologie des Alters*. Bielefeld: transcript.
- van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan (Hrsg.) (2009): *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- van Dyk, Silke; Lessenich, Stephan (2009): „Junge Alte“: Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: dies. (Hrsg.): *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 11–48.
- Villa, Paula-Irene (2008): Habe den Mut, Dich Deines Körpers zu bedienen! Thesen zur Körperarbeit in der Gegenwart zwischen Selbstermächtigung und Selbstunterwerfung. In: dies. (Hrsg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript, S. 245–272.
- Villa, Paula-Irene (Hrsg.) (2008): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*. Bielefeld: transcript.
- Villa, Paula-Irene (2010): Verkörperung ist immer mehr. Intersektionalität, Subjektivierung und der Körper. In: Helma Lutz, Maria Teresa Herrera Vivar und Linda Supik (Hrsg.), *Fokus Intersektionalität. Bewegungen und Verortungen eines vielschichtigen Konzeptes*, Wiesbaden: Springer VS, S. 223–242.
- Villa, Paula-Irene (2011): Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff. In: Peter Wehling und Willy Viehöver (Hrsg.), *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, S. 143–161.
- Villa, Paula-Irene (2013): Rohstoffisierung. Zur De-onthologisierung des Geschlechtskörpers. In: Rene John, Jana Rückert-John und Elena Esposito (Hrsg.): *Ontologien der Moderne*. Wiesbaden: Springer VS, S. 225–239.
- Villa, Paula-Irene; Moebius, Stephan; Thiessen, Barabara (2011): Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven – Einführung. In: dies. (Hrsg.): *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, S. 7–21.
- Wagner, Sophia (2018): Social Freezing. Baby, bis später! In: *Deutschlandfunk*, 26.03.2018. Online verfügbar unter https://www.deutschlandfunk.de/social-freezing-baby-bis-spaeter.676.de.html?dram:article_id=413996, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Walby, Sylvia (2011): *The future of feminism*. Cambridge u. a.: Polity Press.
- Waldby, Catherine (2014): ‘Banking time’: egg freezing and the negotiation of future fertility. In: *Culture, health & sexuality* 17 (4), S. 470–482. DOI: 10.1080/13691058.2014.951881.
- Waldby, Catherine Mitchell, Robert (2006): *Tissue economies. Blood, organs, and cell lines in late capitalism*. Durham: Duke University Press.
- Waldschmidt, Anne (Hrsg.) (2007): *Disability Studies, Kultursociologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Bielefeld: transcript.

- Wambach, Manfred M. (Hrsg.) (1983): *Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Weber, Jutta (2006): From Science and Technology to Feminist Technoscience. In: Kathy Davis, Mary S. Evans und Judith Lorber (Hrsg.): *Handbook of Gender and Women's Studies*. London: SAGE Publications, S. 397–414.
- Weber, Jutta (2017): Feministische STS. Einführung. In: Susanne Bauer, Torsten Heinemann und Thomas Lemke (Hrsg.): *Science and technology studies. Klassische Positionen und aktuelle Perspektiven*. Berlin: Suhrkamp, S. 339–368.
- Wehling, Peter; Viehöver, Willy (Hrsg.) (2011): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript.
- Weir, Robert F. (1998): *Stored tissue samples. Ethical, legal, and public policy implications*. Iowa City: University of Iowa Press.
- Weiß, Martin G. (Hrsg.) (2009): *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Weiß, Martin G. (2009): Die Auflösung der menschlichen Natur. In: ders. (Hrsg.), *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 34–54.
- WELT online (2015): Späte Mutter. Berliner Lehrerin erwartet mit 65 Jahren Vierlinge. In: *welt.de*, 12.04.2015. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/vermishtes/article139428177/Berliner-Lehrerin-erwartet-mit-65-Jahren-Vierlinge.html>, zuletzt geprüft am 14.12.2017.
- Werner, Kathrin (2016): Schockgefrostet. Rund um die Angst junger Frauen, den richtigen Zeitpunkt zum Kinderkriegen zu verpassen, ist eine Industrie gewachsen. In: *sueddeutsche.de*, 22.01.2016. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/report-schockgefrostet-1.2829858>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Wienke, Albrecht; Eberbach, Wolfram H.; Janke, Kathrin; Kramer, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2009): *Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Winker, Gabriele; Degele, Nina (2009): *Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript.
- Wolff, Michael von (2013): „Social freezing“ Sinn oder Unsinn? In: *Gynäkologische Endokrinologie* 11 (3), S. 222–224. DOI: 10.1007/s10304-013-0572-4.
- Wolff, Michael von; Germeyer, Ariane; Nawroth, Frank (2015a): Fertility preservation for non-medical reasons. Controversial, but increasingly common. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 112 (3), S. 27–32. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0027.
- Wolff, Michael von; Germeyer, Ariane; Nawroth, Frank (2015b): Social Freezing. Kontrovers diskutiert, aber zunehmend praktiziert. In: *Medizin studieren* (1), S. 26–28.
- Yuan, Jihong; Zhang, Dongdong; Wang, Lei; Liu, Mengyuan; Mao, Jian; Yin, Yu et al. (2013): No evidence for neo-oogenesis may link to ovarian senescence in adult monkey. In: *Stem cells (Dayton, Ohio)* 31 (11), S. 2538–2550. DOI: 10.1002/stem.1480.
- ZEIT ONLINE (2017): Trend zur Kinderlosigkeit gestoppt. In: *zeit.de*, 26.06.2017. Online verfügbar unter <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-07/nachwuchs-deutschland-kinderlosigkeit-statistik>, zuletzt geprüft am 25.08.2018.
- Zipfel, Gaby (Hrsg.) (1987): *Reproduktionsmedizin. Die Enteignung der weiblichen Natur*. Hamburg: Konkret Literatur.

Quellenverzeichnis

- „Alles zu meiner Zeit“: <https://www.alles-zu-meiner-zeit.de/>, zuletzt abgerufen am 16.11.2017, offline seit ca. März 2018.
- „Eizellbank Erlangen“: <https://www.eizellbank-erlangen.de/>, zuletzt abgerufen am 29.07.2018.
- „Fertiprotekt an der Oper“: <https://www.fertiprotekt-an-der-oper.de/>, zuletzt abgerufen am 16.11.2017, offline seit ca. Mai 2018.
- „Fertility on Ice“: <https://www.fertility-on-ice.de/>, zuletzt abgerufen am 21.09.2015, offline ab ca. Februar 2016.
- „I Zelle“: <https://www.izelle.de/>, zuletzt abgerufen am 08.02.2016, offline seit ca. Ende 2017.
- „Social Freezing, Pan Klinik“: https://www.socialfreezing.pan-klinik.de/social_freezing, zuletzt abgerufen am 29.07.2018.

Anhang

Leitfaden für die Interviews

1. Können Sie sich daran erinnern, wie Sie als Arzt/Ärztin zum ersten Mal auf ‚Social Freezing‘ aufmerksam geworden sind?
2. Wie diskutieren Sie ‚Social Freezing‘ innerhalb ihres Berufsstandes, wie sprechen Sie mir Ihren Kolleginnen und Kollegen darüber?
3. Wie wird/ist Social Freezing in Ihrem Berufsalltag relevant? Wie begegnet Ihnen das Thema?
 - Wie viele Menschen interessieren sich dafür?
 - Wie viele Menschen haben in Ihrer Praxis/Klinik bisher ihre Eizellen/Sperma aus ‚nicht-medizinischen‘ Gründen einfrieren lassen?
4. Wie beurteilen Sie die Technologie aus medizinischer Sicht?
 - Was ist der Unterschied zwischen einer Kryokonservierung aus medizinischen Gründen und ‚Social Freezing‘?
 - Wie würden Sie ‚Social Freezing‘ in Hinsicht auf Risiko und Chancen im Vergleich zu anderen Reproduktionstechnologien einordnen?
5. Wie beurteilen Sie ‚Social Freezing‘ aus ethischer Sicht?
 - Welchen Einfluss hat das deutsche Embryonenschutzgesetz darauf?
6. Würden Sie ‚Social Freezing‘ jemandem empfehlen? Wem würden Sie ‚Social Freezing‘ empfehlen?
 - Welche Rolle spielt das Alter bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen wie ‚Social Freezing‘?
 - Hat das Schockfrost- und Lagern Einfluss auf die Eizelle?
7. Jetzt haben wir die ganze Zeit über Eizellen gesprochen. Was ist mit Sperma? Kommen auch Männer zum vorsorglichen Einfrieren von Sperma? Würden Sie das empfehlen?

8. In Israel wird Social Freezing als präventive Maßnahme von Krankenkassen übernommen. Warum in Deutschland nicht? Wie finden Sie das?
9. Haben Sie noch Fragen beziehungsweise gibt es etwas, über das Sie gerne noch sprechen würden?

Transkriptionsregeln

(nach Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014, S. 168 f.)

Zeichenerläuterung:

(.)	Kurzes Absetzen, Zeiteinheiten bis knapp unter einer Sekunde
(3)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert.
<u>nein</u>	Betonung
Nein	Laut in Relation zur üblichen Lautstärke der Sprecherin/des Sprechers
.	Stark sinkende Intonation
;	Schwach sinkende Intonation
?	Deutliche Frageintonation
,	Schwach steigende Intonation
(doch)	Unsicherheit bei der Transkription und schwer verständliche Äußerungen
()	Unverständliche Äußerungen
((hustet))	Kommentar bzw. Anmerkungen zu parasprachlichen, nichtverbalen oder gesprächsexternen
@nein@	Lachend gesprochene Äußerungen
@(.)@	Kurzes Auflachen

Luc Pauwels Analyserahmen zur multimodalen Website-Analyse (ebd. 2012, S. 252)

A MULTIMODAL FRAMEWORK FOR ANALYZING WEBSITES

1. Preservation of First Impressions and Reactions

- Categorization of 'look and feel' at a glance
 - Recording of affective reactions
-

2. Inventory of Salient Features and Topics

- Inventory of present website features and attributes
 - Inventory of main content categories and topics
 - Categorize and quantify features and topics
 - Perform 'negative' analysis: significantly absent topics and features
-

3. In-depth Analysis of Content and Formal Choices

3.1 Intra-Modal Analysis (fixed/static and moving/dynamic elements)

- Verbal/written signifiers
- Typographic signifiers
- Visual representational signifiers
- Sonic signifiers
- Lay out & design signifiers

3.2 Analysis of Cross-Modal Interplay

- Image / written text relations and typography-written text relations
- Sound / image-relations
- Overall design / linguistic, visual and auditory interplay

3.3 In-depth 'negative' analysis

4. Embedded Point(s) of View or 'Voice' and Implied Audience(s) and Purposes

- Analysis of POV's and constructed personae
 - Analysis of intended/implied primary and secondary audience(s)
 - Analysis of embedded goals and purposes
-

5. Analysis of Information Organization and Spatial Priming Strategies

- Structural and navigational options and constraints (dynamic organization)
 - Analysis of priming strategies and gate keeping tools
 - Analysis of outer directed and/or interactive features
 - Analysis of external hyperlinks
-

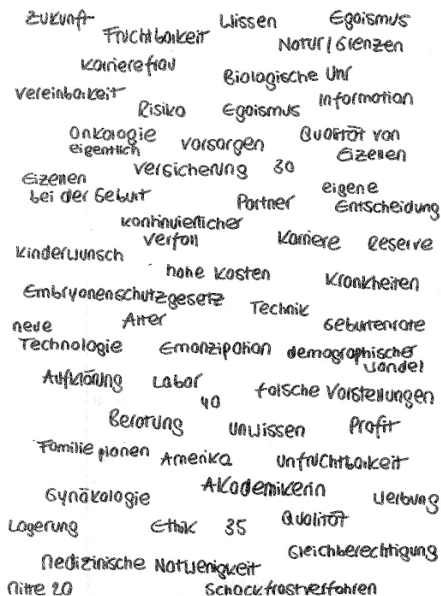
6. Contextual Analysis, Provenance and Inference

- Identification of sender(s) and sources
- Technological platforms and their constraints/implications
- Attribution of cultural hybridity

Beispiele Situationsmap und Relationale Analyse

Situations-Map und Relationale Analyse der Kategorien ‚Alter‘ und ‚Risiko‘ nach der Situationsanalyse Adele Clarkes (2012)

Situationsmap vom August 2016, ungeordnet



Relationale Analyse Alter und Risiko, Oktober 2016



Tabellen zum Datenkorpus

Tab. 1 Überblick über die drei Websites des Datenkorpus

Name der Website	online von bis (Schätzungen), Datum	Aus dem Material hervorgehende Adressat_innen
Alles zu meiner Zeit	2015 – 2018, Datum der gespeicherten Version: 02.06.2016	„selbstbestimmte“ (In-Vivo) Männer und Frauen
Eizellbank Erlangen	2015 – heute, Datum der gespeicherten Version: 02.06.2016	Frauen, die „selbst entscheiden“ und abwägen
Fertiprotekt an der Oper	2014 (?) – 2017, Datum der gespeicherten Version: 02.03.2017	Interessierte Frauen und Männer mit antizipiertem Kinderwunsch in der Zukunft

Tab. 2 Überblick über die drei teilnehmend beobachteten Veranstaltungen

Art der Veranstaltung, Ort	Anzahl der Teilnehmenden	Vortragende	Dauer	Besonderheiten
„Symposium on Social Egg Freezing“ in Barcelona, Spanien	Ca. 300	Mediziner_innen aus den Fachbereichen Gynäkologie/Reproduktionsmedizin, Humangenetik, Sozialwissenschaftler_innen, Bioethiker_innen	Eintägig, 08:30-16:30	Besichtigung eines IVF Labors
Fortbildungsveranstaltung zur „Fertilitätsprotektion“ in München, Deutschland	Ca. 40–50	Mediziner_innen aus den Fachbereichen Gynäkologie/Reproduktionsmedizin, Andrologie	Abendveranstaltung 17:30-20:00	Ein Vortrag zu ‚Social Freezing‘, drei Vorträge zu Fertilitätsprotektion bei Männern und Frauen
Jahrestreffen des Netzwerkes FertiPROTEKT in Innsbruck, Österreich	Ca. 200	Mediziner_innen aus den Fachbereichen Gynäkologie/Reproduktionsmedizin, Psychosomatik, Psychiatrie, Onkologie, ein Molekularbiologe	Zweitägig 16:00-19:00 ¹⁷⁷ und 09:00-14:00	Keine Erwähnung von ‚Social Freezing‘, einziger Ort der Thematisierung von Kryokonservierung bei transsexuellen Personen

¹⁷⁷ Am ersten Tag der Veranstaltung fand von 13:00-15:30 Uhr ein nicht-öffentlicher Teil der Veranstaltung statt, an dem ich ohne Mitgliedschaft im Netzwerk nicht teilnahm.

Interviews

Folgende Tabelle stellt eine Zusammenfassung der interviewten Reproduktionsmediziner_innen dar, die Namen sind jeweils aus Gründen der Anonymisierung frei ausgedacht. Die Größen der Zentren, Praxen und Kliniken variierte zwischen 2 und 12. Um Anonymität zu gewährleisten, wurden die Größen folgendermaßen eingeteilt: klein = 1–4 praktizierende Reproduktionsmediziner_innen, mittel = 5–8, groß = 10–x.

Tab. 3 Überblick über die interviewten Reproduktionsmediziner_innen

Name	Größe der Klinik	Länge Interview
Dr. Inge Abels	Klein	43,05 Minuten
Dr. Uwe Burkhard	Mittel	64,44 Minuten
Dr. Michael Clausen	Mittel	42,17 Minuten
Dr. Anne Degenhardt	Groß	25,81 Minuten
Dr. Stefan Eichberg	Groß	30,01 Minuten
Dr. Luise Faller	Groß	54,59 Minuten

Gesamter Datenkorpus

In die Analyse der Websites gehen keine Aussagen ein, die auf einzelne Personen zurückzuführen sind, sondern ich analysiere lediglich den (teils ehemals) öffentlichen Auftritt als Diskusfragment. In der Darstellung der Websites und der Nennung ihrer Namen wurde daher auf Anonymisierungen verzichtet, da sie Teile eines öffentlichen Diskurses und frei zugänglich sind. Die Websites wurden in Form von Protokollen und Screenshots kodiert und analysiert.

Aus den teilnehmenden Beobachtungen wurden aus Fotos und Feldnotizen drei ausführliche Protokolle angefertigt, die anschließend kodiert wurden. Da den einzelnen Vortragenden unklar gewesen sein könnte, dass ich als Soziologin teilnehme, verzichte ich bei der Verwendung von Material aus den Protokollen im Rahmen der Darstellung der Analyse darauf, Namen von Vortragenden zu nennen. Ich nenne lediglich die Länder, in denen sie praktizieren und deren Profession.

Schließlich habe ich alle Interviewpartner_innen im Vorfeld schriftlich und während der Interviews mündlich über das Vorhaben meiner Forschungsarbeit aufgeklärt und von allen eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt.

Folgende Tabelle stellt eine Übersicht des Datenkorpus dieser Studie dar:

Tab. 4 Überblick über den Datenkorpus der Studie

Name/Bezeichnung	Textsorte	Material
Alles zu meiner Zeit (AZ)	Website	Protokolle, Screenshots
Eizellbank Erlangen (EE)	Website	Protokolle, Screenshots
Fertiprotekt an der Oper (FO)	Website	Protokolle, Screenshots
Barcelona, „Symposium on Social Egg Freezing“ (BS)	Beobachtung	Beobachtungsprotokoll
Innsbruck, Jahrestreffen des Netzwerkes FertiPROTEKT (IJ)	Beobachtung	Beobachtungsprotokoll
München, Fortbildungs-Veranstaltung zur „Fertilitätsprotektion“ (MF)	Beobachtung	Beobachtungsprotokoll
Dr. Abels (Dr. A)	Interview	Interviewtranskript
Dr. Burkhard (Dr. B)	Interview	Interviewtranskript
Dr. Clausen (Dr. C)	Interview	Interviewtranskript
Dr. Degenhardt (Dr. D)	Interview	Interviewtranskript
Dr. Eichberg (Dr. E)	Interview	Interviewtranskript
Dr. Faller (Dr. F)	Interview	Interviewtranskript