

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

Heidmarie 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

 Springer VS

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“ – „Vitrifikation“	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-Schauspielerin 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, jahrhundertalte 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).

nische³ 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, umreiße 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, kulturanthropologischen 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 radikalfeministische 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 „Muttermaschine“ 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 Emily 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 verhärten, 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; Sänger/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.“ (Sänger/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 entfalten 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 Tyrannei 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.