



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Auf der Suche nach der verbleibenden Zeit Das Social Egg Freezing als soziomaterielles Verfahren zur Fruchtbarkeitserhaltung

verfasst von / submitted by

Antonia Daniela Modelhart, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Bernhard Hadolt, MSc

Ich danke meinen Interviewpartner_innen für ihr Interesse an einem Gespräch und ihre Auskunftsfreudigkeit;
meinen Eltern für ihre uneingeschränkte Unterstützung und liebevolle Geduld;
Georg für sein erstaunliches Interesse an der Welt, das meines ungebrochen prägt;
Anna für ihre harte Naturwissenschaftlichkeit, die, über verschlungene Wege, wesentlich war für diese Arbeit;
und im Besonderen Bernhard Hadolt dafür, dass er mich, diese und andere Arbeiten unterstützt hat und für die Gründe, Medizinanthropologie zu studieren.

Diese Arbeit wurde von der Österreichischen Hochschüler_innenschaft gefördert.



1. Einleitung: „Das Kind, das aus der Kälte kam“	3
Kontextualisierung des Forschungsprojekts: Theoretische und methodische Annäherung	8
2. Was ist Reproduktion und wie lässt sie sich beforschen?	8
2.1. Forschungsstand & theoretische Anknüpfungspunkte	8
2.1.1. Reproduktion	8
2.1.2. Assistierte Reproduktionstechnologien (ART)	12
2.1.3. Social Egg Freezing (SEF)	16
2.2. Das Forschungsprojekt	18
2.2.1. Zentrale Anliegen der eigenen Forschung	18
2.2.2. Den Blick (er)finden: Methodik	18
2.2.2.1. Methodische Ansätze	19
2.2.2.2. Datengenerierung & Analyse	20
3. Geschichte(n) der Reproduktionsmedizin: Die Genese der IVF und des SEF	37
3.1. Erste Phase, 1880 bis Mitte 20. Jahrhundert: Am Anfang waren die Kaninchen	38
3.2. Zweite Phase, Mitte 20. Jahrhundert bis 1978: Am Weg zur IVF beim Menschen	43
3.3. Dritte Phase: Wie die Kryokonservierung von Oozyten zum Social Egg Freezing wurde	48
Das SEF als soziomaterielles Verfahren: Aushandlungsprozesse einer Reproduktionstechnologie	52
4. Technopolitische Kultur: Das SEF in Österreich	52
4.1. Fruchtbarkeit rechtlich fassen: Gesetzliche Aushandlungsprozesse	53
4.1.1. Das Gesetz mit seinen derzeitigen Bestimmungen	54
4.1.2. Der Weg zum ersten Fortpflanzungsmedizingesetz 1992 in Österreich	55
4.1.3. Die gesetzliche Neuregelung von ART im Jahr 2015	56
4.1.4. Positionen zum gesetzlichen Verbot des SEF	58
4.2. Erklärungen: Das SEF als Hilfsmittel einer emanzipierten und alternden Gesellschaft	67
4.3. Abwägungen: Das SEF als Gradmesser für den gesellschaftlichen Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit	70
4.4. Zusammenfassung	75
5. Vermessene Fruchtbarkeit: Der Kern des SEF	79
5.1. Die Eizelle: Biologische Wahrheiten, diskursive Wahrheiten	79
5.1.1. Genese: Auf dem Weg zum Objekt	80
5.1.2. Multipel verortetes Potential	81
5.2. Das Anti-Müller-Hormon: Der Fruchtbarkeitscountdown	88
5.2.1. Auf der Suche nach der verbleibenden Zeit	89
5.3. Zusammenfassung	94
6. Konklusion	96
Quellenverzeichnis	99
Bibliographie	99
Internetquellen	105
Anhang	105
Interviews	105
Abbildungsverzeichnis	106
Glossar reproduktionsmedizinischer Begriffe	106
Abkürzungsverzeichnis	107
Abstract	107

1. Einleitung: „Das Kind, das aus der Kälte kam“

Das Jahr 2018 stellt für die Fortpflanzungsmedizin ein Jubiläumsjahr dar: Bereits zum 40. Mal jährt sich die Geburt des ersten durch künstliche Befruchtung, oder In-vitro-Fertilisation (IVF), gezeugten Kindes, Louise Brown in Oldham, Großbritannien. Das erste „Retortenbaby“ war eine medizinische Sensation, die gesellschaftlich erst einmal verarbeitet werden musste. 40 Jahre und schätzungsweise 8 Millionen IVF-Kinder (vgl. Scutti 2018) später verschwindet der Begriff des Retortenbabys zugunsten dem des Wunschkindes, während gleichzeitig die technischen Möglichkeiten zu diesen Wunschkindern die Basis einer weit verzweigten Kinderwunschindustrie darstellen. Und auch das Einfrieren von Eizellen, das Thema dieser Arbeit, reicht weit zurück: Bereits vor mehr als 30 Jahren, 1986, wurde das erste Mal eine Schwangerschaft mit einer eingefrorenen Eizelle erzielt (vgl. Gook 2011). Damit war acht Jahre nach der Geburt von Louise Brown bereits grundsätzlich die Möglichkeit vorhanden, die Anwendungsfelder der IVF maßgeblich zu erweitern. Es sollte aber bis 2013 dauern, bis das Verfahren der Kryokonservierung von Oozyten, wie es im Fachjargon genannt wird, von der American Society of Reproductive Medicine (ASRM) nicht mehr länger als experimentell klassifiziert wurde (vgl. Practice Committees ASRM/Society for Assisted Reproductive Technology 2013). Weil sich das Verfahren der Kryokonservierung in den letzten Jahren nachweislich verbessert hat und kein Unterschied zwischen der Verwendung von frischen und der von eingefrorenen Eizellen zur Erzielung einer Schwangerschaft bei einer IVF nachgewiesen werden kann, kommt die ASRM zu dem Entschluss, dass „this technology should no longer be considered experimental“ (ebd.: 41). Diese Umetikettierung eines schon länger praktizierten Verfahrens¹ durch eine renommierte Fachgesellschaft wie der ASRM markiert den Beginn eines breiten Diskurses über das Einfrieren von Eizellen.

In vorliegender Arbeit fokussiere ich mich in erster Linie auf das *Social Egg Freezing* (SEF), das terminologisch vom *Medical Egg Freezing* (MEF) abgrenzt wird (Petropanagos 2010: 223). So ist die Kryokonservierung von Eizellen schon länger in der Fruchtbarkeitserhaltung von Krebspatientinnen ein Thema, aber erst mit dem Ankommen der Prozedur im Komplex der Reproduktionsinstitute – die in Österreich oft unter dem Begriff Kinderwunschinstitute geführt werden – wurde es zum Social Egg Freezing. Die Differenzierung der beiden Arten stellt zwei

¹ Zwar wurde die Technik der Kryokonservierung immer wieder angewendet, vor allem bei Frauen mit Krebs oder Endometriose, aber bis zum Verlust des experimentellen Labels haben Studien einen signifikanten Unterschied in der Verwendung frischer Eizellen bzw. eingefrorener Embryonen versus eingefrorener Eizellen gezeigt. 2013 wurde dieser signifikante Unterschied in der Erzielung von Schwangerschaften mit eingefrorenen Eizellen nicht mehr festgestellt (siehe Kapitel 3.3).

unterschiedliche Beweggründe für die Prozedur ins Zentrum: Während das MEF eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit impliziert, bezieht sich das SEF auf soziale Beweggründe. In beiden Fällen steht die biologisch begrenzte Fruchtbarkeit als körperliche Tatsache im Raum, die beim MEF eine medizinische Basis hat, weil die Fruchtbarkeit im Rahmen einer Krankheit gefährdet ist. Beim SEF hingegen begründen biographische Aspekte wie Beruf oder Partnerschaft, die den Zeitpunkt des Kinderkriegens bestimmen können, die Inanspruchnahme der Technologie.

Im deutschsprachigen Raum verweisen Überschriften wie „Das Kind das aus der Kälte kam“ (Eiding 2004)¹ auf das gekühlte Umfeld, in dem die Eizellen, das Sperma oder der Embryo gelagert werden. Spätestens seit John le Carrés 1963 erschienenen Klassiker „Der Spion, er aus der Kälte kam“ transportiert die Kälte, im Kalten Krieg wie in Zusammenhang mit Reproduktionstechnologien, medial eine durchaus wertende symbolische Konnotation: Hier wie dort ist die Kälte Ausdruck eines Verhältnisses, dem wenig Positives innewohnt. Im Bild des kalten Kindes stellt die extrakorporale Zeugung² einen Ausdruck, wenn nicht der Entmenschlichung, so doch der Verfremdung „natürlicher“ Vorgänge, dar. Das Kind aus der Kälte ist im Gegensatz zu dem bei einer natürlichen Konzeption entstandenen nicht in der wohligen-warmen Umgebung des körpereigenen Eileiters gezeugt worden. Ein differenzierter Blick lohnt sich allein schon zur Korrektur der Bilder der involvierten medizinischen Prozesse im Verlauf einer künstlichen Befruchtung.

Die grundsätzliche Überlegung hinter dem Einfrieren von Eizellen ist, einer Frau die aufgetauten und künstlich befruchteten Eizellen, die in jüngeren Jahren entnommen und anschließend in einem Gefrierbehälter aufbewahrt wurden, in den Körper zurück zu transferieren und so eine Schwangerschaft herbeizuführen. In der medizinischen Behandlung kann das SEF daher als kurzer Arm der IVF verstanden werden; die zu vollziehenden Schritte sind die gleichen wie bei einer IVF. Am Anfang steht eine hormonelle Stimulation, um die Heranreifung statt nur einer gleich mehrerer Eizellen pro Zyklus anzuregen. Es folgt eine Kontrolle der Eizellen während der Stimulation und schließlich deren Entnahme. Weiterführende Schritte der Fruchtbarkeitsbehandlung wie die Befruchtung und der Embryonentransfer werden nach der Entnahme der Eizellen nicht mehr durchgeführt. Die Eizellen werden stattdessen eingefroren. Das SEF ist also untrennbar mit der IVF verbunden: Sofern die eingefrorenen Eizellen zur Verwendung herangezogen werden, ist eine IVF unumgänglich. Gleichzeitig wird durch die

¹ vgl. auch Stockinger (2006), bluesanne (2014).

² Extrakorporale Zeugung meint jene außerhalb des Körpers.

Möglichkeit der Kryokonservierung als medizinisch-technische Möglichkeit des Einfrierens von Eizellen das Anwendungsfeld der IVF durch das SEF erweitert.

Die Möglichkeiten, sich der Kryokonservierung von Oozyten anzunähern, sind so vielfältig wie die disziplinären und perspektivischen Verschränkungen, mit denen assistierte Reproduktionstechnologien (ART)¹ studiert werden können. Die kultur- und sozialanthropologischen Beiträge zur Diskussion um ART sind mittlerweile vielfältig und reich an empirischen Beispielen – das SEF reiht sich hier etwas unbemerkt ein: Bis dato wenig beforscht, bietet es eine Fülle an Möglichkeiten, die bisherigen Diskurse zu ART wieder aufzumachen und neuartige Perspektiven zu erlangen. Diskussionen um die Medikalisierung und Technisierung des weiblichen Körpers etwa sind bereits fester Teil des anthropologischen Diskurses rund um ART und in Bezug auf das SEF weiterhin aktuell, als scheinbar ganz unverblümt für ein soziales Problem eine medizinische Lösung vorgeschlagen wird. Gleiches gilt für Diskussionen um die Kommerzialisierung und Kommodifizierung von Körperteilen: Prozesse, die in der herrschenden neoliberalen Ordnung und dem weit verzweigten Komplex der Reproduktionsindustrie nicht von der Hand zu weisen sind und beim SEF in Bezug auf Eizellen virulent werden. Als neuartig verorte ich den Diskurs um die (technisch) messbare Fruchtbarkeit, der im Kontext des SEF besonders stark zutage tritt und soziomaterielle Aushandlungsprozesse des weiblichen Körpers wesentlich mitstrukturiert.

In einer anthropologischen Thematisierung von ART bildet die Konzeptualisierung des Körpers einen wesentlichen theoretischen Ausgangspunkt. Ich rücke mit der Eizelle, ein gerade noch mit freiem Auge sichtbares Element des Körpers, den Kern des SEF in den Fokus meiner Arbeit. Und in der Tat liegt der Beginn jedes menschlichen Lebens, jedes Körpers, in diesem winzigen Ei. In den Sozialwissenschaften nimmt der Körper schon in den soziologischen Arbeiten von Marcel Mauss und Émile Durkheim eine zentrale Rolle ein: Sie beschäftigten sich vor mehr als 100 Jahren mit der symbolischen Dimension des Körpers, bei Pierre Bourdieu ist der Körper in Form des Habitus-Konzepts Träger und Akteur gesellschaftlicher Strukturen, Michel Foucault sieht ihn als Lokus der politischen und gesellschaftlichen Macht. All diese Überlegungen treffen in den rezenten Auseinandersetzungen zusammen, die, wie Stefan Beck (2008) konstatierte, den Körper in Überlegungen rund um die Auflösung oder zumindest Grenzverschiebung der Dichotomisierung von Natur/Kultur in den Mittelpunkt stellen. Reproduktionstechnologien stellen hierbei ein paradigmatisches Feld dar, weil sie den *natürlichen* Körper unter Zuhilfenahme

¹ Ich verwende in vorliegender Arbeit den Begriff ART, wie ihn Goggin et al. (2004: 3) definieren: „Assisted reproductive technologies are defined as those techniques where egg and sperm are not brought together (or an embryo is not created) through sexual intercourse, but rather through medical intervention“.

künstlicher Prozesse zu einem offensichtlichen Grenzgänger machen. In der Reproduktionsmedizin verschmilzt der zweifach gedachte Körper, der objektiv-faktische auf der einen Seite und der subjektiv-empfindende Körper auf der anderen Seite, auf intime Art und Weise (Knecht 2005: 422). Eine relationale Anthropologie, wie sie Stefan Beck fordert, kann hier einer „Enthybridisierung“ (2008: 168f.) der Sozialwissenschaften, also einer strikten Trennung von Natur und Kultur, entgegensteuern, indem sich die Anthropologie zu den Lebenswissenschaften¹ hin öffnet. Paradoxerweise ist die anthropologische Tradition ein Produkt dieser Enthybridisierung, der Trennung von Natur und Kultur in den Wissenschaften. Sie kann sich aber mit hybriden Phänomenen beschäftigen, und hier verorte ich meine Arbeit: Der von mir ausgearbeitete *kultürliche Körper* ist ein hybrider Körper, „kulturierte Natur“ ebenso wie „naturalisierte Kultur“ (Beck 2008: 169). Der Beitrag einer relationalen Anthropologie in Sinne Becks besteht in der Analyse der „Relationen von Materiellem und Ideellem“ (ebd.: 178). Dementsprechend steht im Zentrum meiner Arbeit die Frage nach der Herstellung von Körpern und konkret, wie in den und durch die Lebenswissenschaften weibliche, (un)fruchtbare Körper gemacht und gedacht werden.

Die Arbeit ist in zwei Teile und 6 Kapitel unterteilt. Nach der Einleitung stelle ich im Teil *Kontextualisierung des Forschungsprojekts* die theoretische und methodische Annäherung vor. In Kapitel 2, *Was ist Reproduktion und wie lässt sie sich beforschen*, nehme ich einen Aufriss des Forschungsfeldes der Reproduktion und spezifischer der ART sowie schließlich des konkreten Phänomens des SEF vor (2.1). Dies leitet über zur Konzeption des Forschungsprojektes (2.2) und dessen zentralem Anliegen der Erforschung der Aushandlungen (un)fruchtbarer Körper beim SEF. Die methodische Annäherung an das Feld erfolgte über die Analyse diskursiver Aushandlungen anhand von Expert_inneninterviews und Sekundärquellen wie Gesetzestexten und -entwürfen sowie Stellungnahmen verschiedener Institutionen dazu in Österreich.

Die Genese der In-Vitro-Fertilisation in Kapitel 3, *Geschichte(n) der Reproduktionsmedizin*, stellt eine historische Kontextualisierung der Forschungen zu den reproduktiven Vorgängen des Körpers und der Entwicklung der IVF bis zum SEF in den Mittelpunkt: Es soll zum einen der medizintechnische Bezugsrahmen, in den das SEF eingebettet ist, verständlich werden. Zum anderen liefert es die historischen Bezugspunkte für ein gegenwärtiges Körperverständnis, wie es beim und durch das SEF zum Ausdruck kommt.

¹ Für mich besonders relevant sind innerhalb der Lebenswissenschaften die Disziplinen Medizin und die Biologie.

Die Kapitel 4 und 5 widmen sich im zweiten Teil, *Das SEF als soziomaterielles Verfahren: Aushandlungsprozesse einer Reproduktionstechnologie* den Ergebnissen der empirischen Arbeit: In Kapitel 4, *Technopolitische Kultur: Das Social Egg Freezing in Österreich*, skizziere ich die Aushandlungen um das SEF in Österreich. Der Begriff der technopolitischen Kultur, wie er von Felt et al. (2010) konzeptualisiert wird, beschreibt die Verwobenheit von Technologien und gesellschaftlichen Bedingungen, in denen sich spezifische Merkmale einer Gesellschaft manifestieren können und die durch individuelle und kollektive Akteur_innen ver- und ausgehandelt werden.

Der Begriff verweist dabei auf die koproduzierenden Verhältnisse und den prozessualen Charakter von Technologien in der Gesellschaft; Gesetzestexte eignen sich in diesem Sinne zum Aufzeigen einer technopolitischen Kultur, weil unter Einbeziehung der Entstehungsprozesse das Zusammenbringen von Technologien mit gesellschaftlichen Vorstellungen virulent wird, wie ich in Kapitel 4.1 darstelle. In 4.2 und 4.3 arbeite ich den Ansatz der technopolitischen Kultur über die Erklärungsansätze für die Notwendigkeit und die Abwägungen der Sinnhaftigkeit des SEF heraus. Insgesamt stehen in Kapitel 4 die Aushandlungen zu den spezifischen gesellschaftlichen Ansprüchen und Vorstellungen zum Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit und dem SEF im Zentrum.

In Kapitel 5, *Vermessene Fruchtbarkeit: Der Kern des SEF*, beschäftige ich mich mit der *soziomateriellen Aushandlung* des (un)fruchtbaren Körpers, genauer mit der Eizelle und dem Anti-Müller-Hormon als den zwei wesentlichen körperlichen Bezugspunkten des Fruchtbarkeitsdiskurses im Rahmen des SEF. Zuerst (5.1) analysiere ich den Diskurs rund um die Eizelle als zentrales Objekt der Fruchtbarkeitserhaltung sowie die Potentialzuschreibungen und Verwertungszusammenhänge, die damit verbunden werden. Mit *Ivary* stelle ich sodann (5.2) eine spezifische Form der Fruchtbarkeitsmessung, die sich am Anti-Müller-Hormon orientiert, als ein *soziotechnisches Verfahren* in den Mittelpunkt. Die soziomateriellen Aushandlungen von Fruchtbarkeit, der Eizelle und des Anti-Müller-Hormons betrachte ich dabei ebenso als Teil der Aushandlungsprozesse einer technopolitischen Kultur.

Im abschließenden 6. Kapitel, der *Konklusion*, fasse ich meine wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammen und verknüpfe sie mit den theoretischen Konzepten.

Kontextualisierung des Forschungsprojekts: Theoretische und methodische Annäherung

2. Was ist Reproduktion und wie lässt sie sich beforschen?

2.1. Forschungsstand & theoretische Anknüpfungspunkte

Wieso sich die Analyse von Prozessen rund um den Themenkomplex der Reproduktion aus wissenschaftlicher Perspektive lohnt, fasst die Soziologin Rene Almeling mit der pragmatischen Erkenntnis zusammen, dass allem menschlichen Leben Reproduktion vorausgeht:

„Reproduction affects 100% of the population. Every human being in every society is a result of reproduction.“ (2015: 424)

Nicht immer aber schien das in der Anthropologie und anderen Disziplinen so selbstverständlich; eine Vielzahl an Themenkomplexen und disziplinären Verflechtungen bestimm(t)en die Formierung des Forschungsgegenstandes. Diesen Weg zur mittlerweile fest verankerten Auseinandersetzung mit Reproduktion skizziere ich in vorliegendem Kapitel. Darüber hinaus ist ein wesentlicher Aspekt dieses Kapitels, die betreffenden Publikationen hinsichtlich ihrer Relevanz für meine eigene Arbeit zu untersuchen.

2.1.1. Reproduktion

Der Begriff der Reproduktion wird in seiner Allgegenwärtigkeit als selbsterklärend behandelt und auch in der wissenschaftlichen Literatur dazu selten präzisiert (Almeling 2015: 428). In seinen zwei geläufigen Bedeutungen wird der Begriff auf der einen Seite im marxschen Sinne als Reproduktion von Arbeitskraft und auf der anderen Seite als der biologische Prozess der Fortpflanzung verstanden (Franklin 2013b: 14).

Spätestens seit den 1990er Jahren wird Reproduktion, so stellen Hadolt/Lengauer (2003: 13) fest, zumindest in der Anthropologie standardmäßig als sozialer biologischer Prozess rezipiert. Zwar wurde Reproduktion als solch biologischer Prozess, wie Franklin (2013b) schreibt, im 19. Jahrhundert als politisches Thema und als Gegenstand der Demographie geformt. Eine Verbindung mit den kulturellen und sozialen Implikationen auf den biologisch gedachten Prozess wurde jedoch erst später explizit gezogen. Ginsburg/Rapp beschreiben im Jahr 1991 in ihrem wegweisenden Artikel „The politics of reproduction“ in einer der wenigen expliziten diesbezüglichen Definitionen Reproduktion als Phänomenbereich, „(...) which encompasses events throughout the human and especially female life-cycle related to ideas and practices

surrounding fertility, birth, and childcare, including the ways in which these figure into understandings of social and cultural renewal“ (1991: 311).

Gerade ihre Konnotation als Frauenthema, so argumentieren Ginsburg/Rapp weiter, brachte der Reproduktion lange Zeit eine untergeordnete Rolle in der Anthropologie ein. Die 70er Jahre mit der Etablierung der Gender Studies und einem quantitativen Anstieg von Frauen als Wissenschaftlerinnen und Forscherinnen markierten folglich den ernsthaften Beginn der Formierung des Forschungsgegenstands (vgl. Ginsburg/Rapp 1991, Van Balen/Inhorn 2002, Browner/Sargent 2011). Neben der Zentrierung auf die gesellschaftlichen Rolle der Frau als Erklärung dieses gesteigerten Interesses an Reproduktion verweist Emily Martin (1992) auf die Bedeutung des Körpers als Analyseeinheit: Angelehnt an Levi-Strauss entsteht wissenschaftliches Interesse an Phänomenen in jenen Phasen, in denen die Phänomene bzw. ihre Transformierung in andere Phänomene bereits dem Ende zusteuern. In Hinblick auf den Körper bedeutet das Martin zufolge, dass der Fokus darauf auf einen großen Transformationsprozess verweist, der das Ende der einen Art und den Beginn einer neuen Art von Körper darstellt. In die Vergangenheit verwiesen wird dabei der fordistische Körper, der ein für die Ansprüche der Massenproduktion und von zentralen Kontrollinstanzen modellierter war; er wird im Spätkapitalismus ersetzt durch den fragmentierten, flexibel akkumulierbaren (ebd.: 121). Diese Überlegungen überschneiden sich mit anderen theoretisierten Konzepten, wovon der Übergang der *Medikalisierung* zur *Biomedikalisierung* als Verschiebung medizinischer Wissensproduktion und Kontrollansprüche interpretiert wird, indem wesentliche Aspekte der Moderne im medikalisierten Körper zum Ausdruck kommen, wohingegen der biomedikalisierte Körper die postmoderne Variante darstellt.

Die anthropologische Forschung zu Themen der Reproduktion haben theoretisch, methodisch als auch thematisch höchst vielfältige Arbeiten hervorgebracht, denen allen zumindest eines gemeinsam ist: Weder Reproduktion noch damit einhergehende Kategorien wie Mutterschaft, Schwangerschaft oder Zeugung – um nur ein paar mögliche zu nennen – können als stabile Kategorien betrachtet werden. Die Notwendigkeit und der Reiz einer anthropologischen Analyse liegen in den vielfältigen Prozessen der Bedeutungsherstellung und Bedeutungsvielfalt, sprich in der sozialen Aushandlung dieser Kategorien.

Was Ginsburgs/Rapps Artikel „The politics of reproduction“ (1991) und ihr Wirken als Autorinnen allgemein abseits einer Begriffsbestimmung von Reproduktion zu viel zitierten Arbeiten macht, ist ihr in den 90er Jahren noch neuartiger Blick für die Verschränkung globaler Themen und lokaler Aushandlungen im Feld der Reproduktion. Die Integration polit-ökonomischer Überlegungen in die Anthropologie verstärkte das Interesse an globalen

Zusammenhängen und lokalen Aushandlungen in Hinblick auf Praktiken und Konzepte zu Themen der Reproduktion, also die Verschränkung von Makro- und Mikroebene. Im Zentrum steht die Analyse machtvoller Institutionen und global agierender Akteur_innen. Nationalstaaten, Religionen, soziale Bewegungen, Konzerne, aber auch etwa der Apparat der Entwicklungszusammenarbeit oder die westliche (Bio)Medizin bilden dabei für die Autorinnen Kontexte, die reproduktive Verhältnisse und Praktiken strukturieren und formieren (vgl. ebd.). Keine reproduktiven Erfahrungen können ohne die Beachtung dieser Rahmenbedingungen verstanden werden und die Leistung der beiden Autorinnen besteht Almeling (2015: 425) zufolge in der Formulierung dieser Ansprüche. Leihmutterschaft, Eizellenspende oder Reproduktionstourismus stellen in diesem Kontext ideale Forschungsfelder dar, in welche die polit-ökonomischen Ansätze und die globalen Verflechtungen empirisch eingebettet werden können. Folgerichtig können die „politics of reproduction“ (heruntergebrochen auf die Frage Wie wird Reproduktion organisiert?) nur in Beachtung der lokalen wie globalen Kontexte untersucht werden, in welche reproduktive Praktiken, Strategien, Ideologien, Gesetze, Institutionen usw. eingebettet sind (ebd.: 313ff.). Ein makroanalytischer Ansatz interessiert sich dabei für Aspekte der Bevölkerungskontrolle, insbesondere für die regierenden und regulierenden Apparate, die über Leben bestimmen und dieses konfigurieren (ebd.).

Als einer dieser kontrollierenden Apparate wird seit den 70er Jahren zunehmend das weite Betätigungsfeld der Medizin diskutiert, welches in der Analyse seiner mitunter hegemonialen Aspekte vielfach unter dem Konzept der *Medikalisierung* bearbeitet wird. Ganz allgemein werden darunter Prozesse verstanden, die soziale Phänomene zu medizinischen Problemen transformieren, das heißt in der Folge als Phänomen in die Definitions-, Deutungs- und Interventionshoheit der Medizin fallen (vgl. Beck 2007, Lock/Nguyen 2010, Zola 1972, Conrad 1992). Diese Hoheiten implizieren in weiterer Folge, dass die Medizin eine wichtige Institution sozialer Kontrolle darstellt, die sich durch die Professionalisierung und die Herausbildung vieler Spezialisierungen in der Medizin etablieren konnte (vgl. Lock/Nguyen 2010: 67).

Für mich von Relevanz ist in Zusammenhang mit Reproduktion und Unfruchtbarkeit die Medikalisierung der Reproduktion, mit der den Aspekten der sozialen Kontrolle durch Technologisierung des vornehmlich weiblichen Körpers Rechnung getragen wird. Medikalisierung kann in diesem Kontext als eine weitere Ausformung eines patriarchalen Systems verstanden werden, in welchem der weibliche Körper in den Sphären der Medizin objektiviert und pathologisiert wird und als Interventionsfeld der (männlichen) Medizin thematisiert wird. Die Schwangerschaft, das Gebären oder die Unfruchtbarkeit bilden demnach Aspekte reproduktiver Vorgänge, die als primär medizinisch relevant wahrgenommen werden und deren

Umgang damit ein medizinischer ist. Dem Vorwurf einer Überbetonung der strukturellen Ebene in Form des Medizinsystems ausgesetzt, wurde das Konzept in weiterer Folge von Anthropolog_innen einer Kritik unterzogen, die dann etwa die Patient_innenperspektive hervorheben und damit eine Brücke zwischen Strukturen auf der einen Seite und Patient_innen als Akteur_innen auf der anderen Seite bauen wollen (vgl. Martin 1989, Thompson 2005).

In Adele Clarkes Konzept der *Biomedikalisierung* erfährt das Konzept eine Adaptierung an das gegenwärtige *biomedizinische* System: Mit dem Begriff *biomedicalization* beschreiben Clarke et al. (2003) die Mitte des 20. Jahrhunderts einsetzenden Transformationsprozesse, die unser Verständnis von Körper, Gesundheit und Krankheit, aber auch der Medizin an sich maßgeblich verändert haben. Den Kern der Veränderung bilden die hochtechnisierten Praktiken, welche die Biomedizin entscheidend prägen. Biomedizin an sich wird bei Clarke et al. als Kultur verstanden, als Wahrheitsregime, das als Interpretationsrichtungsweiser unsere Körper und unser Leben transformiert und definiert (ebd.: 163). Im Mittelpunkt stehen Transformationsprozesse durch „technoscientific innovations“ (ebd.: 162), welche neue Disziplinen und Technologien hervorgebracht und unser Denken über das Leben an sich maßgeblich verändert haben. Wo die Medikalisierung die Kontrolle über Körper durch medizinische Systeme betont, geht die Biomedikalisierung von Transformationen des Körpers durch *technoscientific innovations* aus. Biomedikalisierung wird demnach als konstituierend für den Beginn der postmodernen Phase begriffen: War es in der Moderne die Kontrolle über die Welt um uns, ist die Postmoderne geprägt von dem Anspruch, interne Prozesse zu kontrollieren und zu manipulieren, am Leben an sich anzusetzen (ebd.: 164). Die Herausbildung und Durchsetzung neuer Disziplinen untermauern diese Herangehensweise, in der körpereigene Mikrostoffe (wie Gene, Hormone, Zellen usw.) zum Ausgangspunkt der medizinisch-technischen Intervention werden. In Anlehnung an Michel Foucault und Nikolas Rose beziehen sich die Autor_innen auf die Technologien des Selbst, die immer mehr alltägliche Praktiken durchdringen und eine Verschiebung der wahrgenommenen Kontrollinstanzen weg von Institutionen und Expert_innen hin zu individueller Verantwortung bedeuten (ebd.: 165). Die Technologien des Selbst schaffen biologische Subjekte und Identitäten, wobei der individuelle Bezugsrahmen ein körperlich-biologischer ist, der bestimmt, wer und was wir sind und wie erfolgreich wir darin sind (ebd.).

Die dargestellten Annäherungen an Reproduktion aus einer polit-ökonomischen Position und mit Blick auf eine mit dezidiert biomedizinischen Phänomenen beauftragten Biomedikalisierung sind in meiner Arbeit für das Verstehen des institutionellen Settings relevant. In ihnen kommen jene Aspekte zu tragen, welche die technopolitische Kultur, wie ich sie in Kapitel 4 ausmache, konstituieren – etwa in der Frage, wie das SEF in Österreich durch institutionelle Elemente wie

Gesetze oder den gesellschaftlichen Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit verhandelt wird. Die Genese der IVF und des SEF in Kapitel 3 konkretisieren den Übergang der Medikalisierung zur Biomedikalisierung anhand einer historischen und gegenwärtigen Kontextualisierung der beiden Technologien. In Hinblick auf das SEF wird die Biomedikalisierung in den Diskursen um die weibliche Fruchtbarkeit deutlich, wo ein biomedizinischer Diskurs Technologien des Selbst geradezu einfordert. Diese Schlussfolgerungen werden in Kapitel 5 anhand eigener Daten elaboriert.

Die von mir verwendete Methode der Situationsanalyse (SA) wie sie Clark (2005) ausgearbeitet hat, ersetzt den polit-ökonomischen Ansatz und deren Terminologie der Makro- und Mikroebene durch einen Ansatz, der Netzwerke, Positionen, Beziehungen, soziale Welten und Arenen betont. Aushandlungsprozesse sind in diese Netzwerke eingebettet, wobei jegliche Elemente, ob menschliche oder nicht-menschliche Akteur_innen, konstitutive Elemente sind (vgl. Clarke et al. 2015). Das, was ich als technopolitische Kultur ausmache, sind demnach Dimensionen einer Arena¹, die aber im Verständnis der SA keinen Aufschluss über eine etwaige Hierarchisierung, wie es die Makro-Ebene implizieren würde, gibt. Ich begreife demnach verschiedene Elemente und deren soziomaterielle Aushandlungen als konstitutiv für eine technopolitische Kultur.

2.1.2. Assistierte Reproduktionstechnologien (ART)

Zeitgleich mit einer Routinisierung der damals noch relativ neuen ART in der biomedizinischen Praxis in den 90er Jahren wurden diese auch als Forschungsgegenstand innerhalb der Anthropologie verankert, wie die Ethnologin Michi Knecht (2005: 424) anhand der Publikationen von Pionierinnen wie Sarah Franklin (1997), Marilyn Strathern (1992), Rayna Rapp (2000) und Charis Thompson (2005) verdeutlicht. Worin bestand die richtungsweisende Auseinandersetzung in den 90er Jahren und welche Themen wurden dabei ins Zentrum des anthropologischen Interesses gerückt? Welchen Fragestellungen wenden sich Wissenschaftler_innen innerhalb der Anthropologie zu, wenn es um Reproduktionstechnologien geht?

Die Verwandtschaftsethnologie etwa ist seit Etablierung des Faches im 19. Jahrhundert ein zentrales Forschungsthema der Anthropologie. In der Verschränkung mit ART sind die Werke von Marilyn Strathern für die Anthropologie von zentraler Bedeutung, gilt sie doch mit ihren Arbeiten zu verwandtschaftlichen Verhältnissen angesichts emergierender

¹ In einer Arena treffen verschiedene soziale Welten aufeinander, die an der Aushandlung von Diskursen beteiligt sind (Clarke et al. 2015: 89).

Reproduktionstechnologien als prägend. Sie fragt danach, wie in Anbetracht neuer technisierter Möglichkeiten der Fortpflanzung Verwandtschaft gedacht werden kann und wie Reproduktionstechnologien auf bestehende Verwandtschaftskonzepte einwirken und nach Reformulierungen verlangen (Strathern 1992). In Anbetracht neuer Technologien zur Herstellung von verwandtschaftlichen Verhältnissen werden die ehemals stabilen Kategorien von Verwandtschaft und Fortpflanzung als auf natürlichen Fakten beruhend in Frage gestellt. Wurde Verwandtschaft bis dahin als soziales Verhältnis betrachtet, das auf dem biologischen Prozess der Reproduktion beruht, stellt ART diese Grundfeste infrage. Die *biologischen Fakten* der Reproduktion, die sich in ihrer Natürlichkeit der Kontrolle und des Eingriffs entzogen haben und daher als unveränderliche Basis für verwandtschaftliche Verhältnisse betrachtet wurden, können nun durch ART manipuliert werden. Sowohl die Reproduktion als biologischer Prozess als auch die Verwandtschaft als sozialer Prozess werden durch ART hergestellt. ART stellt somit gewissenmaßen die Vorrangigkeit der *natürlichen Fakten* der Reproduktion gegenüber den *sozialen Fakten* der Verwandtschaft in Frage (Hadolt 2017: 352, Lock/Nguyen 2010: 265). Konnte die biologische Verbindung über Blut als „prior to everything else“ (Lock/Nguyen 2010: 365), als zugrundeliegende Natur der Gesellschaft, verstanden werden, legt ART diese Priorisierung der Kernfamilie und der biologischen Verbindungen offen und stellt sie gleichzeitig in Frage: Einerseits manifestiert sich durch ART die Vorrangigkeit der Verwandtschaft als biologische Verbindung, andererseits entstehen durch ART auch neuartige Verbindungen und Vermischungen von Natur und Kultur, weil diese *Natürlichkeit* durch technisches Eingreifen und Manipulieren erst hergestellt werden muss (Lock/Nguyen ebd.).

Ebenfalls mit Verwandtschaft (1998) beschäftigt sich Sarah Franklin, die darüber hinaus auch zentrale Beiträge zur sozialanthropologischen Analyse der In-Vitro-Fertilisation (1997, 2006) und der Biomedizin aus wissenschaftsanthropologischer Perspektive (2003, 2012, 2013a, 2013b) beisteuert. Sie analysiert die Entstehung wissenschaftlichen Wissens als soziale Aktivität und wissenschaftliche Praktiken als kulturelle Praktiken. Franklin (2006: 548ff) etwa weist auf das Paradox der IVF hin: Zum einen schafft modernes biomedizinisches Wissen biologische Wahrheiten, die als Wissen über reproduktive Vorgänge die Technologien der ART anleiten. Gleichzeitig wird aber dieses Wissen durch die ART in Frage gestellt, weil sich zum einen die *natürliche* Abfolge der Ereignisse der Fortpflanzung nicht einstellen und zum anderen die IVF in Anbetracht der Erfolgszahlen hier einen ungenügenden Ersatz darstellt. Auch blendet der Begriff der assistierten Reproduktionstechnologien aus, dass es sich im Rahmen einer IVF vielmehr um eine technische Übernahme des weiblichen Zyklus und der Befruchtung handelt und weniger um eine „helping hand to nature“ (ebd.: 549). Diese „paradoxical aspects“ (ebd.), so Franklin, weisen

darauf hin, dass Technologien in jeder Stufe des Prozesses in kulturelle Werte und Vorstellungen eingebettet sind, wie der Glaube an objektive Wissenschaft einen solchen Wert darstellt.

Emily Martins Artikel „The Egg and the Sperm. How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles“ (1991) steht ebenso beispielhaft für einen mit Wissensproduktion beauftragten Ansatz: Martin analysiert darin die hegemonialen Zuschreibungen männlicher und weiblicher Keimzellen, wie sie in biologischen und medizinischen Lehrbüchern und darüber hinaus reproduziert werden (und dies trotz, so ihr Befund, dagegensprechender wissenschaftlicher Erkenntnisse). Sie zeigt, welche Charaktereigenschaften abhängig von der Kategorie Geschlecht den Keimzellen zugewiesen werden und wie dabei, umhüllt vom Mantel wissenschaftlicher Sprache, spezifische gegenderte Denkmuster zu Tage treten. Gerade diese Verknüpfung von Alltagswissen, wie es in der Schule gelehrt wird und sich damit früh in jungen Köpfen festsetzt, und der Offenlegungen der zugrundeliegenden, vergeschlechtlichten Wissensproduktion macht Martins Artikel besonders erhellend.

Marilyn Strathern, Emily Martin oder Sarah Franklin haben für die Anthropologie in Zusammenhang mit ART einen Zugang zu Wissen elaboriert, wie er auch in den Science and Technology Studies (STS) vertreten wird: Wissen wird als kulturell eingebettet verstanden und in seinen Herstellungs- und Aushandlungspraktiken untersucht. Dieser Ansatz bildet eine argumentative Basis meiner Arbeit: Beginnend mit der Genese der IVF in Kapitel 3 stelle ich dar, wie und unter welchen Bedingungen sich die IVF als (Un)Fruchtbarkeitsbehandlung durchgesetzt hat und wie es in weiterer Folge zum SEF gekommen ist.

Die Integration interdisziplinärer Ansätze wie der STS zählen in der Analyse biomedizinischer Kontexte mittlerweile zum Standardrepertoire anthropologischer Ansätze. Mit der Bedeutungszunahme von ART in der Anthropologie wuchs auch das Interesse an STS-Ansätzen, wie Marcia Inhorn und Birenbaum-Carmeli (2008) feststellen, und gehören mittlerweile zum guten Ton gerade medizinanthropologischer Auseinandersetzungen. Eine Grundannahme der Science and Technology Studies ist, dass Technologien prinzipiell als kulturell eingebettet zu verstehen sind und in ihren Rollen in Wissens- und Machtsystemen in größeren sozialen Ordnungen zu erfassen sind (ebd.: 178). Abseits eines Technologiedeterminismus und -pessimismus werden Technologien als Produkte soziotechnischer Systeme erfasst, die diese konstituieren und von diesen konstituiert werden. Reproduktionstechnologien bilden vor diesem Hintergrund einen beliebten Gegenstand, um der Verwobenheit von Wissenschaft und Gesellschaft, von Technologie und Kultur auf den Grund zu gehen.

Einen wichtigen Beitrag hierzu hat Bryan Pfaffenberger mit seiner Beschreibung soziotechnischer Systeme geleistet. Er verortet im rezenten Technologieverständnis eine *standard view of technology* als

„a master narrative of modern culture“ (1992: 493), das, als Säule des Modernismus verstanden, die Welt erklärt und deutet, und dabei wenig hinterfragt wird. Aus dieser Sichtweise heraus ergeben sich Technologie und Fortschritt dabei aus Notwendigkeiten, und mit dem Potential ausgestattet, vom Menschen losgelöst die Zukunft zu gestalten, zu kontrollieren und zu diktieren, sich zu verselbstständigen. Pfaffenberger, der maßgeblich an der Etablierung der Science and Technology Studies innerhalb der Anthropologie mitwirkte, bietet mit dem Konzept des *sociotechnical system* eine alternative Herangehensweise zum technologischen Determinismus und der *standard view of technology*. Als soziotechnisches System versteht er ein Netzwerk aus menschlichen und nicht-menschlichen Akteur_innen, die sich in ständigen Prozessen gegenseitig konstituieren. Gesellschaft kann als Produkt dieser Prozesse betrachtet werden (ebd.: 498). Jedes soziotechnische System verweist auf die Kontexte, in denen es entsteht, es kann nur mit bereits vorhandenen sozialen wie kulturellen Ressourcen entstehen. Die Notwendigkeit an sich versteht er als etwas kulturell definiertes, eine Technologie kann daher nicht auf eine implizite Notwendigkeit verweisen, die ihr vorausgeht. Vielmehr werden in der Produktion von Notwendigkeit kulturelle Naturalisierungsprozesse sichtbar (ebd.: 495f). Dies hat sich am Beispiel der Geschichte der IVF nachzeichnen lassen: Die *standard view of technology* setzt der „Erfindung“ der Technologie eine Notwendigkeit voraus, welcher die Wissenschaft beikommen muss.

Eine weitere Möglichkeit, diese *standard view of technology* kritisch zu befragen, stellt eine Annäherung über das Konzept der Biomacht dar. Darin beschrieben wird die ab dem 19. Jahrhundert einsetzende Institutionalisierung von Techniken zur Kontrolle der Bevölkerung und ihrer Körper in systematisch organisierten Einrichtungen wie Schulen, dem Krankenhaus oder dem Militär (Foucault 1977, Lock/Nguyen 2010: 24). Biopolitik und Biomacht werden bei Foucault als jene Kräfte identifiziert, die modernes Leben zu berechenbaren Subjekten transformieren: „Man müsste von Biopolitik sprechen, um den Eintritt des Lebens und seiner Mechanismen in den Bereich der bewussten Kalküle und die Verwandlung des Macht-Wissens in einen Transformationsagenten des menschlichen Lebens zu bezeichnen“ (Foucault 1977: 170). Modernes Leben zeichnet sich nach Foucault dadurch aus, dass Macht als Kontrolle über die Frage, wer leben darf und wer sterben muss, einer Macht in Form von Kontrolle *über* die Körper der Subjekte gewichen ist. Er nennt das in Hinblick auf Biopolitik „eine Machtergreifung über den Menschen als Lebewesen“ (Foucault 1999: 276 zit. n. Pieper et al. 2011: 8). Diese Kontrolle, Beherrschung und Verwaltung menschlichen Lebens ist eng verbunden mit der Entstehung und Erstarkung verschiedenster wissenschaftlicher Disziplinen wie der Statistik oder der Epidemiologie, aber auch der Biologie (Lemke 2010: 430), die biologische Eigenschaften zu einerseits messbaren, andererseits populationsbezogenen Eigenschaften erklären und damit

Normen, Standards und Durchschnitte schaffen (ebd.: 431). Reproduktionstechnologien können als biopolitische Instrumente rezipiert werden, die als Ausdruck biopolitischer Interessen menschliches Leben verwalten: „Macht- und Wissensverfahren nehmen die Prozesse des Lebens in die Hand, um sie zu kontrollieren und zu modifizieren“ (Foucault 1977: 137).

Auf kollektiver wie individueller, politischer wie technologischer Ebene bildet Reproduktion ein Exerzierfeld *par excellence*, um Biopolitik zu diskutieren, weil bei ART die Logiken der Kontrolle von Risiken und Potential ebenso wie des Berechnens und des Optimierens in Hinblick menschlichen Lebens zum Ausdruck kommen. Biopolitische Annäherungen ziehen sich demnach durch die ganze Arbeit: In den Geschichte(n) der Reproduktionsmedizin in Kapitel 3 wird der von Foucault ausgemachte im 19. Jahrhundert einsetzende Transformationsprozess anhand der Entstehung und Entwicklung der Reproduktionswissenschaften konkretisiert und mit Clarke (1998) von einer Disziplinierung der Reproduktion ausgegangen. In Kapitel 4 spielt Biopolitik über die regulatorischen und institutionellen Aushandlungen von Reproduktion in Österreich eine implizite Rolle, wohingegen Kapitel 5 das biopolitische Subjekt und die Technologien des Selbst in den Mittelpunkt stellt.

2.1.3. Social Egg Freezing (SEF)

Am Beispiel des SEF gehe ich dieser Verwobenheit von Technologien und Gesellschaft im Sinne der STS und einer Anthropologie von ART nach. Bisherige Arbeiten zum Phänomen des SEF möchte ich in vorliegendem Abschnitt kurz umreißen, um im nächsten Kapitel zu den Fragestellungen überzuleiten, die sich aus den theoretischen Annäherungen ableiten lassen.

Das Social Egg Freezing als eigenständiges Phänomen ist in den Sozialwissenschaften bis dato empirisch wenig bearbeitet worden. Die geringe Beschäftigung in den Sozialwissenschaften ist sicherlich der Neuartigkeit des SEF geschuldet, gleichzeitig zeichnet sich langsam, aber sicher eine Auseinandersetzung ab. Zum einen ist hier die Anthropologin Marcia Inhorn¹ (2017) zu nennen, deren Reputation in der Anthropologie der ART dem Thema in naher Zukunft sicherlich zu Aufmerksamkeit verhelfen wird: Sie geht in einem aktuellen Projekt dem SEF in Hinblick auf die Kategorien „gender, race and class“ (ebd.: 4) auf den Grund. Bemerkenswert ist vor allem Inhorns Argumentation, die Notwendigkeit bzw. Relevanz des SEF beruhe unter anderem auf einem demographischen Ungleichgewicht. Sie zeichnet diese Entwicklung für die USA nach, wo seit den 1980er Jahren mehr Frauen graduieren als Männer, das heißt gut gebildete

¹ Inhorn veröffentlichte zu Beginn der medialen Aufmerksamkeit 2013 einen Artikel, in dem sie jungen Studentinnen dazu riet, ihre Eizellen einfrieren zu lassen, und bedauerte, diese Möglichkeit selber nicht gehabt zu haben (Inhorn 2013, online).

Frauen treffen auf zu wenige Männer des gleichen Bildungsniveaus (vgl. 2017: 6f.). Anstatt das medial verbreitete Bild der Karrierefrau zu untermauern, welches individualistische Gründe in den Vordergrund rückt, dient ihr als Erklärungsansatz unter anderem ein gesellschaftliches Ungleichgewicht in Bezug auf Bildung und Geschlecht, und damit einhergehend eine für Frauen ungleich schwierigere Partnerfindung. Unter diesem Aspekt kann das SEF für Frauen den Druck der biologischen Uhr abfedern und die Partnerfindung aus biologischen Gründen weniger dringlich machen. Gleichwohl weist Inhorn auf das darin eingeschriebene Bild des Suchens und Findens des perfekten Partner hin, welches die Vorstellungen zum Kinderkriegen nach wie vor ebenso prägt wie die heteronormativen Vorstellungen zur Kernfamilie (ebd.: 8).

Entlang der Kategorien Klasse und Geschlecht ist auch Carbones und Cahns (2013) Publikation anzusiedeln. Darin thematisieren sie den Zusammenhang zwischen Klasse, Arbeit, Geschlecht und reproduktiven Erwartungen, wobei der Fokus auf dem SEF als elitäres Phänomen liegt, das, wenn überhaupt, nur für gebildete und gutverdienende Frauen als Option gesehen werden kann. Darüber hinaus gibt es Publikationen zum Thema von soziologischer Seite von Lauren Jade Martin (2015) oder in größerer Anzahl aus bioethischer Perspektive von Lisa Ikemoto (2015), Seema Mohapatra (2014) und John Robertson (2014). Martin hat mit dem Begriff *anticipated infertility* das Spezifische der Technologie auf den Punkt gebracht, wenn sie die Unfruchtbarkeit beim SEF als einen in die Zukunft projizierter Zustand erörtert, der mit dem Bewusstsein der Behandlungsoption bereits antizipiert wird. Der Moment der Antizipation setzt schon eingeschriebene Diskurse zu weiblicher Fruchtbarkeit und einen expliziten Umgang damit voraus, beides erfährt im SEF eine neue Artikulation. Für meine Arbeit relevante (Theorie)Konzepte werden von Martin anhand dieses Begriffs der antizipierten Unfruchtbarkeit aufgemacht: So werden etwa die Anwendung des Medikalisierungskonzeptes, Überlegungen zur Biomacht, zur Körperoptimierung und zum Risikomanagement auf die Praxis des SEF übertragen und diskutiert.

Wo sich Martin mit der Repräsentation des Phänomens und dem *framing* von Egg Freezing-Kandidatinnen im wissenschaftlichen Diskurs, in den Medien und im Verkauf der Dienstleistung beschäftigt, übertrage ich die antizipierte Unfruchtbarkeit in die Momente der sozialen Aushandlung des SEF. Der Fokus meiner Arbeit liegt demnach in den konkreten Bedeutungsherstellungen, wie sie etwa in den Potentialzuschreibungen der Eizelle beim SEF zutage treten. In Form einer Situationsanalyse stelle ich dabei einzelne (institutionalisierte) Akteur_innen, deren Bezüge und Positionen, und andere Elemente, in den Mittelpunkt.

Ich verstehe meine Arbeit über das SEF als Beitrag zu einer anthropologischen Auseinandersetzung mit Fruchtbarkeit. Lag der Fokus bisheriger anthropologischer Arbeiten vornehmlich in einer vielfältigen Beschäftigung mit Unfruchtbarkeit, rückt beim Beforschen des

SEF als ART die Fruchtbarkeit als zentrale Kategorie in den Mittelpunkt. Dies kann, ganz im Sinne von Clarke et al. (2003) als rezentes Charakteristikum einer Biomedikalisierung gelesen werden, in welcher der medizinische Imperativ den gesunden Körper anstelle des bereits kranken Körpers im Fokus hat.

2.2. Das Forschungsprojekt

2.2.1. Zentrale Anliegen der eigenen Forschung

Der dargestellte Forschungsstand zu Themen der Reproduktion, der ART und zum SEF leitet die Herausbildung meiner eigenen Forschungsfragen an. Sie spiegeln die zwei für diese Arbeit wesentlichen Dimensionen der technopolitischen Kultur und der soziomateriellen Aushandlungen wider:

- Wo und wie offenbart sich beim SEF eine *technopolitische Kultur*. Welche rechtlichen, historischen, politischen und sozialen Bedingungen konstituieren das SEF in Österreich?
 - Welche (inter)nationalen Gesetzgebungen strukturieren das Feld des SEF?
 - Welche Institutionen sind an der Bedeutungsherstellung von SEF beteiligt?
- Wie wird der Körper, genauer der (un)fruchtbare Körper, über das SEF ausgehandelt?
 - Welche Bedeutungsherstellung und Vergeschlechtlichungen des Körpers finden durch SEF statt?
 - Wie kann der Körper und das, was wir mit ihm machen bzw. was mit ihm gemacht wird, abseits einer rein biologischen Betrachtungsweise, aufgefasst werden?
 - Inwiefern wird beim SEF aus einem sozialen Phänomen ein medizinisches gemacht (und umgekehrt)?

2.2.2. Den Blick (er)finden: Methodik

Diese Fragen versuchte ich in Form einer Situationsanalyse des SEF zu beantworten. Diese umfasste die Untersuchung verschiedener *social worlds*¹ und deren Diskurspositionen in Bezug auf das SEF. Dafür führte ich zwölf Interviews mit Vertreter_innen unterschiedlicher Institutionen durch und analysierte Gesetzestexte und –entwürfe, Stellungnahmen und öffentliche Repräsentationen der untersuchten Institutionen.

¹ Social worlds werden in der Situationsanalyse angelehnt an Strauss als „universes of discourse“ verstanden (Strauss 1978, zit. n. Clarke et al. 2015: 14).

2.2.2.1. Methodische Ansätze

Bei der Erhebung der Daten sowie in der Analyse des generierten Materials haben die Situationsanalyse (Clarke 2005, Clarke et al. 2015) beziehungsweise die Grounded Theory (Charmaz 2006) den Rahmen meines methodischen Vorgehens gebildet. Die Situationsanalyse war äußerst hilfreich in der Visualisierung und Strukturierung meiner unterschiedlichen Daten und im Ansatz der Erfassung einer Situation über Positionen, Netzwerke und verschiedenartige Elemente; die Grounded Theory bot mir vor allem Orientierung in der Kodierung meiner (Text)Daten. In folgendem Teil möchte ich beide Ansätze kurz umreißen und die für mich wesentlichen Züge herausarbeiten.

Im Mittelpunkt meiner Forschung standen die Diskurse zum Thema SEF, die im Zuge des Kodierprozesses in zwei Bereiche unterteilt wurden: Diskurse über das SEF in Österreich und Diskurse über Fruchtbarkeit im Kontext des SEF. Die Offenheit am Anfang der Forschung, primär praxeologisch vorzugehen und die Praktiken von Akteur_innen in Zusammenhang mit SEF zu analysieren, stellte sich ziemlich schnell als schwer umsetzbar dar. Da es in Österreich gesetzlich nicht möglich ist, findet das SEF, vermutlich ohnehin nur vereinzelt, im Ausland und für mich aus diesen Gründen nicht fassbar statt. Der in den ersten Skizzen der Arbeit als Plan B entworfene Fokus auf Diskurse wurde demnach relativ frühzeitig Plan A. Damit war umrissen, was ich von wem wissen wollte: Expert_innen aus unterschiedlichen sozialen Welten, die auf die eine oder andere Art und Weise vom Phänomen des SEF betroffen sind, sollten sowohl als Zeug_innen als auch Produzent_innen der Diskurse fungieren. Abgesehen von höheren politischen Stellen und vereinzelt privatwirtschaftlich organisierten Kinderwunschinstituten war die Bereitschaft, im Rahmen einer Expert_innenbefragung interviewt zu werden, relativ groß.

Ausgangspunkt meiner Forschung war die Beobachtung, dass das SEF trotz des rechtlichen Verbotes medial sowie in medizinischen Kontexten eine große Präsenz aufweist. Die erste Recherche und Auseinandersetzung mit den rechtlichen Bedingungen in Österreich legte die Fokussierung auf Expert_innen oder institutionalisierte Akteur_innen, die etwas über das SEF zu sagen haben¹, nahe. Demzufolge nahm ich an, dass heimische Expert_innen eine Meinung zum SEF haben, die ich kennen lernen wollte. Die Auswahl, welche *social worlds* dafür relevant sind, das heißt, wer überhaupt für die Forschung relevante Expert_innen sind, erfolgte zuerst an der sichtbarsten Infrastruktur: Kinderwunschinstitute und darin arbeitenden Personen, in meinem Fall Ärzt_innen, aber auch Biolog_innen. In der Selbstverständlichkeit dieser Herangehensweise

¹ In der Situationsanalyse spielt auch das, was nicht gesagt wird, die sogenannten *sites of silence*, eine analytische Rolle (Clarke 2003: 561).

alleine zeichnet sich schon ab, wie die Arena der Reproduktion strukturiert ist und wohin man sich wendet, will man etwas wissen. Ann Saetnan (2000) bezeichnet dies als die „Infrastrukturen“ (ebd.: 13f) der Bedeutungsherstellung, in denen unser alltägliches Leben stattfindet. Über ein Netzwerk an Diskursen und Knotenpunkte dieser Diskurse wird Gesellschaft hergestellt. Im wissenschaftlichen Diskurs stellt das Kinderwunschinstitut dann solch einen Knotenpunkt dar, als „important sites in the development of cultural meanings and structures of gender and technology“ (ebd.: 14).

Gespräche mit Reproduktionsmediziner_innen bildeten den Auftakt der Forschung und die weiteren sozialen Welten, die dabei entdeckt wurden, waren oft auch Resultate aus Gesprächen, Empfehlungen, Abgrenzungen oder Bezugnahmen, denen ich auf den Grund ging. So bildete sich nach und nach ein Netzwerk an relevanten Akteur_innen und sozialen Welten, das ich in seinen Verbindungen und Diskurspositionen analysierte.

2.2.2.2.Datengenerierung & Analyse

Vorerhebung und Recherche

Als besonders reizvoll fand ich von Anfang an die Vorstellung, mir im Zuge der Forschung einen Grundstock an biologischem Wissen über die menschliche Fortpflanzung aneignen zu können. Das Wissen über den weiblichen (reproduktiven) Körper war aus Schulzeiten nur mehr rudimentär vorhanden. Bis ich mir zutraute, Publikationen aus dem Feld der Biologie zu diesem Thema zu lesen, führte mein Weg über die (vereinfachten) Darstellungen der Kinderwunschinstitute, Zeitungsartikel, und schließlich sozialwissenschaftlicher Literatur dazu. Das wissenschaftliche Vorankommen der ersten Interviews bestand also auch in einer Überprüfung meines „faktischen“ Wissens und meines Verständnisses der Biologie auf zwei überlappenden Ebenen. Neben der Aneignung des Wissens zu spezifischen Sachverhalten (in meinem Fall die verschlungenen Wege der Eizelle) war auch der Habitus der Disziplin zu verstehen, also etwa das spezifische Wording oder die Rekurse auf Statistiken und Zahlen.

In Abgrenzung zum ursprünglichen Vorschlag von Glaser und Strauss¹ in ihrem ersten Werk 1967, in Verwendung der GT-Methodologie die „Literatur über Theorie und Tatbestände des untersuchten Feldes zunächst buchstäblich zu ignorieren“ (2008: 47), um die eigenständige und unvoreingenommene Kategorienbildung nicht zu gefährden, waren für mich bereits bestehende sozialwissenschaftliche Auseinandersetzungen mit Reproduktionstechnologien von Anfang an relevant. Sie formten mein Verständnis davon, was im Rahmen der Arbeit möglich sein kann und welche Richtungen für mich Sinn machen.

¹ Strauss distanzierte sich später von dieser Position (vgl. Strübing 2011).

Da ich mich in meiner Arbeit für die Her- und Darstellung von Wissen interessiere, erwies sich bald eine historische Kontextualisierung von Reproduktionstechnologien als erforderlich. Die Annäherung an das Gegenwärtige wollte ich mit einem historischen Verständnis verknüpfen. Die Rekonstruktion dieser Geschichten der „Erfindung“ der ART nahm einen großen Teil der Recherche und theoretischen Vorarbeit in Anspruch. Sie schien mir wichtig für meine Arbeit, hat im Nachhinein betrachtet aber fast die Zeit einer eigenen Masterarbeit in Anspruch genommen. Trotzdem war die Recherche dahingehend vor allem in der Herausbildung meines Interesses und der Forschungsrichtung sehr prägend und war deswegen auch keine „verlorene“ Zeit. Auch Thin (2014) weist darauf hin, dass Anthropolog_innen einen großen Teil ihrer Forschung auf Recherche verwenden, dies aber kaum als Teil der Forschung konzeptualisiert wird. Mit dem Hinweis auf die „primary importance of secondary research“ (ebd.: 37) rückt er die Wichtigkeit eines systematischen Rechercheprozesses und Reflexion darüber in den Mittelpunkt, wobei „secondary research“ Informationsgewinnung aus zweiter Hand meint, entweder von anderen zusammengetragen oder zu einem anderen Zweck erstellt. Diese spielte auch in meiner Forschung gerade im Anfangsstadium eine erhebliche Rolle, etwa beim Herausfinden von Stakeholder oder dem Lesen von Kinderwunschseiten.

Interviews

Durch die Recherche und die ersten Vorerhebungen wurde klar, dass der Zugang zum Feld über Expert_inneninterviews (Schlüsselakteur_innen) stattfinden wird, die in einem ersten Schritt aus forschungspragmatischen Gründen den Einstieg in die biologischen Wissenssphären zur Funktionsweise des Körpers erleichterten. Auch Bogner et al. (2002) heben diesen „forschungsökonomischen“ Vorzug der Expert_inneninterviews gleich auf den ersten Seiten ihres Buches hervor. Das Interview in einer Kinderwunschklinik in Wels bot mir dazu die Möglichkeit, ausgewählte Schritte einer Fruchtbarkeitsbehandlung zu beobachten¹. Hier bot sich die spannende Gelegenheit, beide Ebenen gleich zu verschränken: die des praktisch-faktischen Wissens als Verständnisüberprüfung reproduktiver Vorgänge und in Antizipation der Analyse die der Repräsentation/Anwendung dieses Wissens durch die Expert_innen.

Insgesamt führte ich zwischen Oktober 2015 und Februar 2018 12 Interviews, die Eingang in die Arbeit fanden. Die Namen der Interviewpartner_innen, die ich im Laufe der Arbeit direkt zitiere, stehen pseudonymisiert neben der jeweiligen Institution in Klammer. 10 der Interviews fanden in

¹ In meiner Anwesenheit fanden eine Eizellenentnahme, die Vermengung von Spermium und Eizelle in der Petrischale und ein Embryonentransfer statt. Hier kann wohl zurecht von teilnehmender Beobachtung gesprochen werden. Da diese Methode im weiteren Verlauf aber keine Rolle mehr spielte und auch hier spontan entstand, thematisiere ich sie nicht als von mir verwendete Methode.

Wien und 2 in Oberösterreich statt. In Oberösterreich führte ich Interviews in einer Kinderwunschklinik in Wels (Dr. Obereder) und im Kinderwunsch-Zentrum des Kepler Universitätsklinikums (Dr. Faber) durch. In Wien sprach ich mit einem Arzt des Kinderwunschzentrums Goldenes Kreuz (Dr. Lindner) und im AKH Wien mit einem Arzt der Kinderwunschambulanz (Dr. Brauner); darüber hinaus mit einem Mitglied der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (Frau Schwarz), einer Mitarbeiterin des Vereins Aktion Leben (Frau Felber), einem Vertreter der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Dr. Lukas), einer Mitarbeiterin des Instituts für medizinische Anthropologie und Bioethik (Frau Heckl), einer Gynäkologin mit Fokus auf gynäkologische Endokrinologie (Dr. Wallner), einem Reproduktionsmediziner und Hersteller des Fruchtbarkeitstools *Ivory* (Dr. Wolfmayr) und einer Vertreterin von *FEMM* (Fertility Education and Medical Management), einem Gesundheitsprogramm für Frauen.

Trotz mehrfacher Anfragen war es nicht möglich, mit Mediziner_innen oder politischer Entscheidungsträger_innen zu sprechen.

Als Expert_innen verstehen Gläser und Laudel (2010) Träger_innen eines spezifischen Wissens über Prozesse und Sachverhalte, das in Interviews für Forschende rekonstruiert werden soll. Diese Herangehensweise wird von den beiden als rekonstruierende Untersuchung bezeichnet. Auch wenn bei dieser Form des Interviews der Begriff Expert_in nicht per se auf einen „besonderen sozialen Status“ verweist, ist dieser bei den von mir befragten Personen gegeben. In allen Fällen sprachen die Interviewpartner_innen als institutionalisierte Akteur_innen, die als in eine spezifische Institution eingebettet und ein spezifisch institutionalisiertes Wissen vertretend betrachtet werden können. Von Bogner et al. (2002) als „sehr idealisierte Vorstellung“ eines Expert_inneninterviews entsprechend treffen darin „akademisch sozialisierte Gesprächspartner aufeinander“ (ebd.: 4), was die habituellen Barrieren in der Interaktion niedrig hält. In diesem Sinne entsprechen die von mir geführten Interviews dieser idealisierten Form: Alle meine Gesprächspartner_innen sind Akademiker_innen¹.

Allerdings wird von Bogner et al. (ebd.) vorgeschlagen, dass weniger ein exklusives Wissen einen Expert_innenstatus konstituiert als die „soziale Relevanz“ (ebd.: 43) des Wissens. Dieser Rekurs auf die soziale Relevanz des Wissens scheint für meinen Fall insofern relevant, als darin die Praxiswirksamkeit des Wissens, also die Rolle im sozialen System, manifest wird. Die

¹ Abgesehen davon, dass es sich beim SEF in seiner jetzigen Form um ein durchaus elitäres Phänomen handelt, kann auch der Diskurs darüber so bezeichnet werden: Wer in den Diskursen Expert_innenstatus erlangt, ist nicht nur abhängig vom akademischen Status, sondern mehr noch in welcher Disziplin er erlangt wurde.

Expert_innenzuschreibung geht aus der Wirkmächtigkeit des durch die Expert_innen vermittelten Wissens hervor, die damit Handlungsfelder strukturieren (ebd.: 45).

Damit ist auch die Zuordnung zu einer bestimmten Form der Expert_inneninterviews, nämlich den theoriegenerierenden, vorgenommen. Dabei wird eine „theoretisch gehaltvolle Konzeptualisierung von (impliziten) Wissensbeständen, Weltbildern und Routinen angestrebt, welche die Experten in ihrer Tätigkeit entwickeln und die konstitutiv sind für das Funktionieren von sozialen Systemen“ (ebd.: 38). Dieses „Deutungswissen“ (ebd.: 43) der Expert_innen ist dabei eines, das durch mein Vorgehen hergestellt wird und nicht unabhängig von mir als Deutungswissen besteht oder als solches klar einordbar ist, sondern von mir als Forscherin dahingehend abstrahiert wird. Da sich meine Arbeit als Beobachtung und Interpretation von Wissensformen in Bezug auf SEF in einem konkreten Feld versteht, also mit Aushandlungsprozessen von Wissensbeständen beauftragt ist, sind die Interviews als theoriegenerierende, mit Deutungswissen beschäftigte einzuordnen. Wenig überraschend können Akteur_innen aus dem Feld der Medizin und Biologie hier diskursiv als besonders mächtig angesehen werden, woraus sich mein Fokus auf Deutungswissen aus diesen Feldern ergibt. Dem folgend fand ein großer Teil der Interviews im Kontext der reproduktionsmedizinischen Praxis statt. Da alle Gesprächspartner_innen als solche in institutionelle Settings eingebettet waren, scheint mir ihre Vorstellung als institutionalisierte Akteur_innen sinnvoll. Im Folgenden sollen kurz in chronologischer Reihenfolge die Institutionen vorgestellt und die Interviewsituationen umrissen werden:

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

Dieses Interview mit einer Doktorandin am Institut diente einer ersten „Exploration“, die dabei von der bereits ausgeführten Form des theoriegenerierenden Interviews unterschieden wird (Bogner et al. 2002: 37), in dem mir bis dahin wenig vertrautem Feld des Rechtes. Das Fortpflanzungsmedizingesetz, zuletzt 2015 aktualisiert, regelt den rechtlichen Rahmen in Bezug auf medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Österreich. Anhand des Gesetzes, das mir in seiner Sprache und Annäherung vorerst auch unbekannt schien, wollte ich den nationalen Status quo kennen lernen. Diese erste Annäherung war hilfreich in der Kontextualisierung des Phänomens SEF in Österreich und auch in der Strukturierung des weiteren Vorgehens und lieferte mir darüber hinaus Hilfestellung für die Lesart rechtlicher Texte. Das Institut stellt eine Forschungsplattform der Disziplinen Katholische und Evangelische Theologie und der Rechtswissenschaften dar und beschäftigt sich interdisziplinär mit Themen zu Medizinethik, Pflegeethik und Medizinrecht.

Kinderwunschlinik Wels (Frau Dr. Obereder)

Hier war für mich eine besondere Art der Exploration möglich, in der ich nicht nur die Räumlichkeiten eines Kinderwunschinstitutes kennen lernte, sondern auch die Praktiken „live“ mitverfolgte. In einer Mischung aus Beobachtung der Behandlungsschritte, Interview und informellen Gesprächen erlebte ich das alltägliche Treiben der reproduktionsmedizinischen Praktiken: Die Gespräche mit und über Patient_innen, die Entnahme von Eizellen aus dem Körper und das Transferieren von Embryonen in den Körper, die Überprüfung der Spermien und das Zusammenbringen von Eizelle und Spermium unter dem Mikroskop. Drei Stunden lang wechselte ich zwischen Labor und Behandlungszimmer. An den Gesprächen beteiligt waren ein Biologe und eine Ärztin, darüber hinaus war eine Anästhesistin anwesend (Interview Dr. Obereder).

Aktion Leben (Frau Felber)

Der österreichweit aktive Verein Aktion Leben bietet „Schwangerenberatung und mehr“ (Homepage Aktion Leben)¹ an. Vorwiegend aus Spenden finanziert, ordnet sich Aktion Leben der Lebensschutzbewegung zu und sieht sich als kritische Stimme im bioethischen Diskurs um den Beginn und Wert des menschlichen Lebens und möchte zu einer „informierten Meinungsbildung“ (ebd.) beitragen. Hier lernte ich in Wien im Gespräch mit einer Beraterin die weniger sicht- und hörbaren Diskurse (vgl. Interview Frau Felber) zu Reproduktionsmedizin, Schwangerschaft und Fruchtbarkeit kennen. Der kirchennahe Verein sieht den eigenen Diskurs marginalisiert und tritt für einen wertschätzenden Umgang mit Fruchtbarkeit ein.

AKH Wien (Dr. Brauner)

Auf Ebene 8, grüner Bettenturm, befindet sich im AKH Wien die Klinische Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, in welcher ich ein Interview mit dem damaligen Leiter führte (Interview Dr. Brauner). Im Rahmen dieses Interviews sah ich mein eigenes Expertinnentum wachsen und leitete den Übergang der reinen Exploration in die theoriegenerierende, analytisch-abstrahierende Phase ein.

AKH Linz (Dr. Faber)

Die Landesfrauenklinik Linz stellte die zweite Station entlang der Achse Wien-Oberösterreich dar. Mit einem Kinderwunschmediziner vor Ort führte ich ein sehr interessantes Gespräch (Interview Dr. Faber), in dem neben den Themen Stadt-Land Gefälle in der

¹ URL 1.

Reproduktionsmedizin und öffentliche versus private Einrichtungen viele gesellschaftspolitisch relevanten Dimensionen thematisiert wurden. Dieses Interview unterschied sich daher insofern von den anderen Interviews mit Kinderwunschmediziner_innen, weil darin sehr explizit auch gesellschaftspolitische Fragen aufgeworfen und diskutiert wurden.

Goldenes Kreuz Wien (Dr. Lindner)

Laut Selbstbezeichnung das größte Kinderwunschinstitut in Wien ist dieses in das Privatkrankenhaus Goldenes Kreuz eingegliedert. Auch hier hatte ich ein sehr informatives Interview mit einem Kinderwunschmediziner (Interview Dr. Lindner). Im Zuge dieses Gespräches stieß ich erstmals auf das Anti-Müller-Hormon (AMH) als für mich womöglich besonders spannendes Element. Zu einem viel späteren Zeitpunkt wurde mir dann die Verbindung zwischen dem Krankenhaus und der Entwicklung des *Ivory*-Tools, welches basierend auf AMH-Werten Fruchtbarkeitskurven bemisst, bewusst. Jener Mediziner (Interview Dr. Wolfmayr, siehe unten) der dieses Tool entworfen hat, war lange Zeit am Goldenen Kreuz tätig.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (Frau Schwarz)

In den Räumlichkeiten des Bundeskanzleramts führte ich ein Interview mit einem Mitglied der Bioethikkommission (Interview Frau Schwarz), das weniger das SEF im Fokus hatte (weil sich die Bioethikkommission als solche noch nicht damit beschäftigt hat) als die Rolle der Bioethikkommission prinzipiell, Österreich als nationalstaatlichen Akteur und im europäischen Vergleich in Bezug auf Bioethik, und das Zusammenspiel von bioethischen und gesetzlichen Überlegungen.

Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Dr. Lukas)

Auch hier fand die Diskussion über das SEF anhand einer allgemein gehaltenen Kritik vonseiten meines Gesprächspartners an reproduktionsmedizinischem Vorgehen statt (Interview Dr. Lukas). Mein Interviewpartner, der als Kinderpsychiater tätig ist, richtet seine Aufmerksamkeit in der Diskussion um ART auf das Kindeswohl und ortet hierbei in der Reproduktionsmedizin Mängel, da sie zu wenig ihre Ergebnisse, also das Leben und die Gesundheit der entstandenen Kinder, im Blick hat.

Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (Frau Heckl)

Dieses Institut, kurz IMABE genannt, arbeitet „interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des „christlich-

humanistischen Menschenbildes“ (Homepage IMABE)¹. In den Räumlichkeiten des Instituts erfuhr ich viel über den bioethischen Diskurs. IMABE ist Herausgeber des einzigen bioethischen Journals in Österreich und eines der drei im deutschsprachigen Raum insgesamt vorhandenen und setzt sich mit vielfältigen medizinischen Themen aus bioethischer Perspektive auseinander. Im Jahr 2017, anlässlich des Jubiläums 40 Jahre Reproduktionsmedizin, gab IMABE dazu eine Schwerpunktausgabe heraus.

FEMM

Von FEMM erfuhr ich durch meine Interviewpartnerin am IMABE. Meine Gesprächspartnerin ist die einzige Vertreterin und Trainerin von FEMM in Österreich und arbeitet daran, die Bekanntheit des Programms in Österreich zu steigern und eine Infrastruktur aufzubauen. FEMM ist eine Schwesterorganisation der World Youth Alliance, einer internationalen NGO der Lebensrechtsbewegung. Nach der anfänglichen Kontaktaufnahme wurde ich zu einem „Vortrag“ eingeladen, der inmitten von Freundinnen in einer Wohnung stattfand. Danach fand ein weiteres Treffen statt, leider brach der Kontakt darauf hin ab.

Gynäkologin Wien (Frau Dr. Wallner)

Im Laufe der Forschung und vor allem gegen Ende hin wuchs mein Interesse an gynäkologischer Endokrinologie. Angeregt durch einen Vortrag des renommierten Gynäkologen und Hormonspezialisten Johannes Huber, suchte ich eine darauf spezialisierte Gynäkologin auf und wurde zu guter Letzt an *Ivary* weitergeleitet (Interview Dr. Wallner).

Ivary (Dr. Wolfmayr)

In der letzten Phase der Arbeit konnte ich noch mit einem Reproduktionsmediziner (Interview Dr. Wolfmayr) von *Ivary* reden, ein Unternehmen, das ein in Österreich entwickeltes Tool zur Fruchtbarkeitsmessung herstellt. Abgesehen von den technischen und medizinischen Überlegungen dahinter waren einmal mehr der Verweis auf die spezifisch österreichische Situation und die visionären, zukunftsorientierten Gedanken des Interviewpartners besonders spannend. Das hat mir einmal mehr vor Augen geführt, dass das Thema SEF noch sehr offen ist und eine häufigere Anwendung von beidem, dem SEF und dem Fruchtbarkeitstool, in naher Zukunft wahrscheinlich ist.

¹ URL 2.

Die Auswahl der Interviews erfolgte nach Gesichtspunkten des theoretischen Sampling, das sowohl bei der GT nach Charmaz (2006: 96ff) als auch in der Situationsanalyse (Clarke et al. 2015: 174) einen wichtigen Schritt darstellt. Das theoretische Sampling betrifft die Entscheidung, welche bereits erarbeiteten Kategorien weiterverfolgt und verfeinert werden und welches Material dazu benötigt wird. Es leitet an, wohin man sich als Forscherin bewegt. Durch das Kodieren und das Erstellen von *situational maps* zeichneten sich die zwei Schwerpunkte der technopolitischen Kultur und der soziomateriellen Aushandlungen von Fruchtbarkeit ab. Dieser Logik folgend unterteile ich den empirischen Teil in zwei Kapitel, in denen erstens die technopolitische Kultur des SEF in Österreich und zweitens das Phänomen als Verfahren mit konkret biologischen Materialitäten untersucht wird.

Datenanalyse: Grounded Theory & Situationsanalyse

Im Mittelpunkt meiner Arbeit stehen die Diskurse, die sich mit und um das SEF bilden, die Herstellung und Aushandlung von Wissen ebenso wie die Verwendung und Verwertung von Wissen. Daraus folgt, dass ich methodisch einem sozialkonstruktivistischen Ansatz folge, wie ihn Adele Clarke (2005) und Kathy Charmaz (2006) in einer Weiterentwicklung methodisch mit der Grounded Theory in Zusammenhang bringen und sich damit vom positivistischen Anstrich der objektiven Wissenschaft und Wahrheit, wie er in den Anfängen der GT bei Glaser/Strauss (1967) zu finden ist, lösen. Wissen ist als situiert, kontextabhängig und als Resultat subjektiver Erfahrungen zu verstehen, welches widersprüchlich sein kann und darf (Clarke 2005). Auch gibt es keine Daten und Theorien unabhängig von der forschenden Person, diese konstruiert ihre Ergebnisse mit und liefert demnach einen interpretierten Ausschnitt der Wirklichkeit, der durch die forschende Person mitgestaltet wird (Charmaz 2006: 10). Diesen Prämissen folgend rücke ich auch bei der Analyse des Datenmaterials das Interpretieren in den Vordergrund und ordne meine Arbeit unter methodologischer Verwendung der Situationsanalyse nach Clarke und der Grounded Theory nach Charmaz dem interpretativem Paradigma der Sozialforschung zu.

Das Kodieren stellte für mich neben dem Erstellen von *maps* das Hauptverfahren in der Analyse meiner Textdaten dar, die zu einem großen Teil aus den transkribierten Interviews, aber auch aus anderen schriftlichen Quellen wie den Stellungnahmen zur jüngsten Novellierung des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes, Feldnotizen oder Memos, bestehen. Das Kodieren wird bei Charmaz (ebd.: 43ff) als jener Prozess definiert, der in einem ersten analytischen Schritt dazu dient, den Daten eine inhaltliche Bedeutsamkeit und auch Bedeutung zuzuordnen und im weiteren Verlauf dazu beiträgt, diese zu kategorisieren und zusammenzufassen. Ziel des Kodierens ist die Generierung abstrakter Ideen, die durch die Interpretation des Gesagten hervorgehen. Als Abstraktion, die den Prozess des Kodierens

gewissermaßen (vorläufig) beendet, kann im Kontext meiner Arbeit etwa die These stehen, dass das SEF als Ausdruck neuartiger Diskurse um Fruchtbarkeit rezipiert werden kann. Die Herangehensweise an das Kodieren, die am Anfang große Offenheit verlangt und in einer ersten Phase definiert, was vor sich geht, und im Weiteren darauf verweist, was es bedeuten kann (ebd.: 46), hat mir dabei geholfen, im dargelegten Beispiel unterschiedliche Zuschreibungen, die in Zusammenhang mit Fruchtbarkeit ausgehandelt werden, herauszunehmen, zu kodieren und in einer abstrakteren Version einem allgemeinen Fruchtbarkeitsdiskurs zuzuordnen.

Die Situationsanalyse stellt in Beachtung des *postmodern turn* eine Anpassung der Grounded Theory an eine zunehmend globalisierte Welt dar, die sich epistemologisch beim symbolischen Interaktionismus, der konstruktivistischen GT von Charmaz und den Foucault'sche Diskursformationen bedient (Clarke et al. 2015: 87). Mit Foucault etwa wollen Clarke et al. (ebd.: 91) „beyond the knowing subject as centered knower and decisionmaker“ insofern gehen, als bei Foucault der Fokus auf diskursiven Praktiken, die das Soziale und die Subjekte bilden, liegt. Vom modernen Subjekt als wissenden, handelnden Akteur abgrenzend ist das postmoderne Subjekt in der SA *ein* Element der zu analysierenden Situation, umgeben von diskursiven Formationen und anderen konstitutiven Elementen. So werden etwa dezidiert nicht-menschliche Elemente oder „sites of silence“ (Clarke 2003: 561), das, was präsent ist, aber ungesagt bleibt, in die Analyse integriert. Dies wird kartographisch aufgearbeitet, indem drei Arten von *maps* (*situational maps*, *social worlds/arenas*, *positional maps*) im Forschungsprozess angefertigt werden. In einem ersten Schritt werden zur Strukturierung des Materials sogenannte *messy maps* erstellt, die später als *ordered situational maps* alle relevanten Elemente zusammenfassen, menschliche wie nicht-menschliche Akteur_innen, aber auch Diskurse.

In einem nächsten Schritt kann mithilfe einer *relational map* die Komplexität und Verwobenheit einer Situation aufgezeigt werden und welche Relationen zwischen den Elementen bestehen.

Die zweite Mapping-Technik stellt die sozialen Welten und Arenen in den Mittelpunkt, wobei soziale Welten die Akteur_innen temporär oder dauerhaft durch gemeinsame Praktiken, Diskurse, Symbole etc. miteinander verbinden. In einer Arena treffen verschiedene soziale Welten aufeinander, die an (Aus)Handlungsprozessen zu einem Thema beteiligt sind. Die Grenzen zwischen sozialen Welten sind fluide, als Akteur_in kann man verschiedener, auch konkurrierender sozialer Welten angehören, die wiederum Schnittmengen und Berührungspunkte aufweisen können. Die Anfertigung dieser Art von *maps* leitet eine bereits abstrakte gedachte Analyse an:

„Here the meso level is the level of social action – not an aggregate level of individuals, but where individuals become social beings again and again through their actions of commitment to social worlds

and their participation in those worlds activities, simultaneously creating and being constituted through discourses.“ (Clarke 2005: 110)

Bei der *positional map* steht die Visualisierung der eingenommenen Diskurspositionen im Zentrum. Sie ist als Repräsentation der Diskurspositionen gedacht, erfordert also bereits gute Kenntnisse der Handlungssituation. Der Fokus auf die eingenommenen Positionen losgelöst von der Bindung an Akteur_innen ermöglicht es, den vielfältigen und manchmal widersprüchlichen Positionen, die ein_e Akteur_in vereinen kann, gerecht zu werden (Clarke et al. 2015: 177). Eine Stärke der *positional map* liegt auch in der Abbildung der Positionen, die wenig Präsenz aufweisen, die zwar stumm, aber vorhanden sind (ebd.). Diese aufzuzeigen hilft, ein umfassendes Verständnis der Situation zu erlangen, in der Akteur_innen ambivalente Positionen einnehmen, in unterschiedlichen sozialen Welten beteiligt und Diskurspositionen verschieden machtvoll sein können. All dem kann mithilfe des Kartographierens unterschiedlicher Dimensionen der relevanten Situationen Rechnung getragen werden. Die *mapping* Strategien der Situationsanalyse bieten ein analytisches Werkzeug, welches die Inkonsistenz, die Widersprüche, die Komplexität und Differenzen als solche anerkennt und in der Analyse berücksichtigt, anstatt sie davon befreien zu wollen (Clarke 2005: 15).

Social Worlds/Arena Map und Positional Map im Forschungsprozess

Im Folgenden stelle ich zwei von mir erarbeitete *maps*, eine *social worlds/arena map* und eine *positional map*, vor. Die hier vorgestellten *maps* dienen der Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens und des Analyseprozesses. Im zweiten Teil der Arbeit, in Kapitel 4 und 5, stelle ich die Ergebnisse der Analyse, die auf den beiden *maps* basieren, vor.

Zur Herausbildung und Beschreibung der sozialen Welten lässt sich danach fragen, welche Praktiken innerhalb dieser geteilt werden, welche vorherrschenden Diskurse es gibt, wie sich die soziale Welt repräsentiert oder von anderen abgrenzt, welche Handlungen stattfinden usw. Diesen Fragen folgend habe ich in der SEF-Diskurs-Arena vier zentrale Welten abgeleitet, die unter den Begriffen Ethik, Aktivismus, Staat und Praxis zusammengefasst sind, wie Abbildung 1 zeigt:

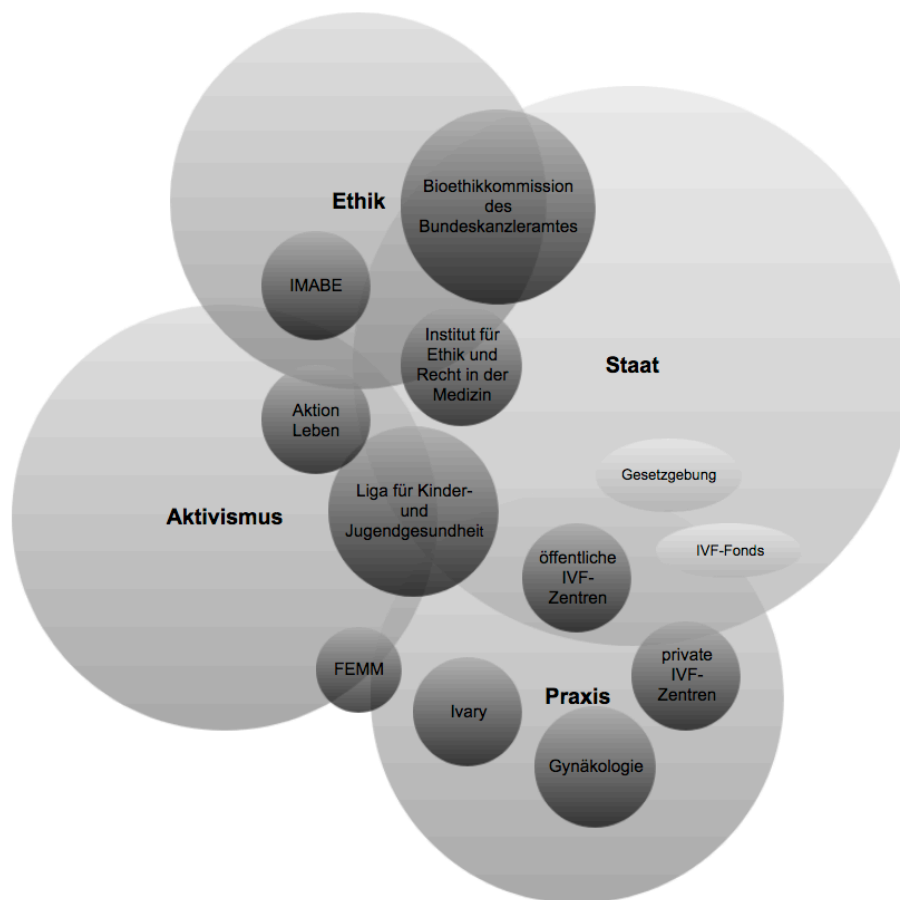


Abbildung 1: Soziale Welten, die am Diskurs zum SEF in Österreich beteiligt sind

Die Abbildung umfasst die Zuordnung der von mir befragten Akteur_innen zu den sozialen Welten, die ich im Folgenden aufschlüsseln werde:

Die soziale Welt *Ethik* dient der Beschreibung von Institutionen, die in den Selbstzuschreibungen dezidiert einen (bio)ethischen Diskurs fordern und befördern. Sie weisen Überschneidungen zu anderen sozialen Welten auf, identifizieren sich aber selbst primär über diese (bio)ethischen Auseinandersetzungen. Hierunter fallen die *Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt* (BEK), das *Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik* (IMABE) und das *Institut für Ethik und Recht in der Medizin*.

Die BEK besteht aus 25 Mitgliedern, die für drei Jahre von dem_der Bundeskanzler_in berufen sind und auch wieder berufen werden können, und setzt sich aus Vertreter_innen aus den Bereichen Medizin, Molekularbiologie und Genetik, Rechtswissenschaften, Sozialwissenschaften, Philosophie, Theologie und Psychologie zusammen. Sie trifft sich mindestens alle drei Monate, kann aber aus aktuellem Anlass auch von dem_der Bundeskanzler_in einberufen werden und berät das Bundeskanzleramt in ethischen Fragen in den Bereichen der Humanmedizin und -biologie. Zweifelsohne können die Vertreter_innen der unterschiedlichen Disziplinen als etablierte und über Fachkreise hinaus bekannte Wissenschaftler_innen bezeichnet werden.

Mit ähnlichem Schwerpunkt auf (bio)ethischen Fragen und einem interdisziplinären Ansatz wurde das IMABE in den 80er Jahren gegründet. Es verknüpft aber diesen Ansatz dezidiert mit einem „christlich-humanistischen Weltbild“ und wird demnach, ebenso wie der unter *Aktivismus* auftretende Verein *Aktion Leben*, von der Österreichischen Bischofskonferenz gefördert. Das Institut versteht sich als unabhängige, wissenschaftliche Einrichtung, arbeitet an Forschungsprojekte und Publikationen und möchte mit ihrer Arbeit einen Konnex zwischen medizinischer Praxis und ethischen Überlegungen fördern.

Als dritte Institution dieser sozialen Welt fungiert das seit 1993 bestehende *Institut für Ethik und Recht in der Medizin*, das sich ebenfalls als interdisziplinäre Forschungsplattform versteht und neben Beteiligung der katholisch- sowie evangelisch-theologischen Fakultät und der rechtswissenschaftlichen Fakultät auch mit der Medizinischen Universität Wien kooperiert.

Alle der *Ethik* zugeordneten Institutionen beziehen ihren Expert_innenstatus stark über ihren wissenschaftlichen, und darin interdisziplinären, Ansatz. Darin unterscheiden sie sich von aktivistischen Institutionen, die sehr praxisorientiert arbeiten, das heißt vornehmlich in der Beratung, der Behandlung und der (niederschwelliger) Vermittlung tätig sind.

Unter *Aktivismus* finden sich jene sozialen Welten, die zu überwiegendem Teil durch eine kritisch-defensive Position zum Umgang mit ART charakterisiert sind und deren korporative Akteur_innen in ihrem Auftreten einen klar gesellschaftspolitischen Auftrag hervorkehren. In diesem gesellschaftspolitischen Fokus vertreten sie jedoch unterschiedliche Schwerpunkte und Ausrichtungen: So ist die *Liga für Kinder- und Jugendgesundheit* als soziale Welt angesiedelt zwischen Praxis, Staat und Aktivismus, weil hier die aktivistische Arbeit gekoppelt ist an die (medizinische) Praxis und sich der Fokus der Liga über diverse berufliche Auseinandersetzungen mit Kinder- und Jugendgesundheit bildet. Die Arbeit der Liga ist insofern eine aktivistische, als sie sich mittels Berichten, Gremienarbeit oder Stellungnahmen zu Themen der Kinder- und Jugendgesundheit zu Wort meldet. Als mit dem Kindeswohl beauftragter Dachverband beurteilt mein Interviewpartner die Liga als präzise Akteurin, die, nach seinen Aussagen, zum „Teil schon sehr gehört“ wird und viele politische Projekte angeregt hat. Gerade in puncto ART bemängelt er aber das geringe Interesse der Politik an der Stimme der Liga und der Frage des Kindeswohls generell (vgl. Interview Dr. Lukas).

Der Verein *Aktion Leben* vertritt ebenfalls eine kritische Perspektive auf ART, agiert aber als Beratungsstelle im Bereich der Schwangerenberatung und versteht sich als Lebensschutzbewegung. Ziel von *Aktion Leben* ist es laut Selbstbeschreibung, durch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, Veranstaltungen, Bildungsarbeit, Workshops und Beratungen an einer „lebensbejahenden Gesellschaft, in der jede und jeder bereit ist, soziale

Verantwortung zu übernehmen“ (URL 1), mitzuwirken und Schwangerschaft, Geburt und die Entstehung menschlichen Lebens als etwas Positives wahrzunehmen: „Über menschliches Leben darf nicht verfügt werden. Niemals darf es als Rohstoff für Biomedizin, Biotechnologie und ökonomische Zwecke betrachtet und verwendet werden“ (ebd.). Mit dieser aus dem Leitbild des Vereins entnommenen Aussage erklärt sich die kritische Haltung den ART gegenüber. Über diverse aktivistische Strategien wie Bildungs- oder Beratungsarbeit möchte *Aktion Leben* eine positive und offene Grundhaltung der Gesellschaft dem Thema der weiblichen Fruchtbarkeit gegenüber fördern, welches auch das Verabschieden-Können von der eigenen Fruchtbarkeit stärken soll. Der Verein distanziert sich von Abtreibungsgegner_innen, einer Verschärfung der Fristenregelung oder Sanktionen gegen Ärzt_innen, die Abtreibungen vornehmen, und bietet dezidiert eine ergebnisoffene Schwangerschaftsberatung an. Vom Vorsitzenden der katholischen *Jugend für das Leben*, Norbert Rauscher, wird jedoch gerade der Punkt der ergebnisoffenen Beratung als „offen gegen die Lehre der Kirche“ arbeitend gewertet. Aufgrund dieses Engagements der *Aktion Leben* gibt es innerhalb verschiedener katholischer Bewegungen kritische Stimmen, die sich gegen eine Förderung des Vereins durch die österreichische Bischofskonferenz aussprechen (Katholische Nachrichten, o.A. 2007).

Die soziale Welt *Praxis* stellt die konkreten Orte, an denen Reproduktionsmedizin praktiziert wird, in den Mittelpunkt. Die IVF-Zentren, welche immer über den staatlich finanzierten IVF-Fonds auch Teil der sozialen Welt *Staat* sind, werden in private und öffentliche Zentren unterteilt, wobei der staatliche Anteil bei öffentlichen Zentren, die an allgemeine Krankenhäuser angebunden sind, stärker hervortritt. Ein Vorteil gegenüber privaten Zentren sei die ökonomische Unabhängigkeit öffentlicher Zentren bei der Anwendung von ART, was schlussendlich auch eine unabhängigere Beratung von Patient_innen ermögliche, stellt Dr. Faber vom AKH Linz fest (vgl. Dr. Faber, AKH Linz). Private IFV-Zentren sind von der Anwendung von ART abhängig, da es ihr einziges Betätigungsfeld darstellt, wohingegen öffentliche Krankenhäuser eine Vielzahl an medizinischen Leistungen anbieten. Als Vertreter der öffentlichen Zentren gelten das AKH Linz und das AKH Wien, als private das Goldene Kreuz Wien und die Kinderwunschlinik Wels.

Ebenfalls in der Praxis angesiedelt sind das Unternehmen *Ivary*, das seit 2015 (damals noch unter dem Namen Juno) ein Tool zur Fruchtbarkeitsmessung in Österreich auf den Markt gebracht hat, bzw. die in einer Praxis tätige Gynäkologin Dr. Wallner. *FEMM* hingegen, das für *Fertility Education and Medical Management* steht, ist sowohl Aktivismus als auch Praxis, weil es sich aktivistischen Strategien wie Bildungsarbeit, Workshops, Vorträge usw. bedient, gleichzeitig aber den medizinisch-biologisch orientierten Diskurs der Praxis teilt. Neben der labororientierten,

technologisierten Form der Fruchtbarkeitsvermessung bei *Ivary* basiert das Konzept des Fruchtbarkeitsmonitoring bei *FEMM* auf dem körperlichen Erleben und Erfühlen der Fruchtbarkeit. Im Mittelpunkt steht dabei der Zervixschleim, dessen unterschiedliche Konsistenz auf verschiedene Zyklusphasen verweist und damit Fruchtbarkeit zu etwas alltäglich Erleb- und Erfassbarem macht. Der Zervixschleim dient als Biomarker einer als „hormonal health“ propagierten Idee der „fertility education“ (Fischer 2013).

Unter *Staat* werden schlussendlich die Elemente zusammengefasst, die die Reproduktionsmedizin formen und regulieren. Die Praxis klar erkennbar strukturierend sind dabei die zwei Elemente der Gesetzgebung und des IVF-Fonds. In Österreich ist mit dem IVF-Fonds die Teilübernahme von Kosten einer IVF-Behandlung geregelt. Treffen gewisse Kriterien zu, übernimmt der IVF-Fonds 70% der Behandlungskosten. So muss etwa die Frau bei Beginn der Behandlung jünger als 40 Jahre sein, der Mann jünger als 50 Jahre. Ebenso muss nachweislich eine medizinische Unfruchtbarkeitsproblematik vorliegen muss. Auch müssen alle anderen Möglichkeiten, eine Schwangerschaft herbeizuführen, ausgeschöpft sein. Laut Definition der WHO lässt sich nach 12 Monaten des ergebnislosen ungeschützten Geschlechtsverkehrs von einer Unfruchtbarkeit sprechen. Sind die genannten Kriterien erfüllt, werden 70% der Behandlungskosten durch den Fonds abgedeckt und das bei bis zu vier Versuchen (sofern keine Schwangerschaft erzielt wurde).

Die BEK findet sich als Beratungsorgan des Bundeskanzlers klarerweise auch in dieser sozialen Welt wieder ebenso wie die Gesetzgebung, die mit dem Fortpflanzungsmedizin-Änderungsrechtgesetz 2015 (FmedRÄG 2015) den Umgang mit ART gesetzlich regelt.

In einem nächsten Schritt habe ich *positional maps* erstellt, die mögliche thematische Schwerpunkte spezifizieren, mit denen man sich einer Arena annähern kann. Sind die Akteur_innen nach dem Erstellen von *situational maps* und *social worlds/arena maps* identifiziert, geht es bei den *positional maps* nicht um die Zuordnung von Positionen zu einzelnen sozialen Welten, sondern um die Darstellung der Positionen im Diskurs. Akteur_innen können widersprüchliche Positionen zu einem Thema vereinen und dieses Aufzeigen der heterogenen Positionen bildet das analytische Werkzeug der mapping-Technik. Im Laufe der Forschung entstehen viele unterschiedliche Arten und Versionen dieser *maps*, die für die endgültige Entscheidung, welchen Aspekten man sich vertieft zuwendet, nicht zwingend relevant sein müssen.

So habe ich im Laufe der Analyse viele *positional maps* erstellt, welche die Aushandlungen zum SEF auf unterschiedliche Art abstrahieren. So ist etwa das SEF stark an Diskurse um die Kategorie *Zeit* gekoppelt, die auf unterschiedlichen Ebenen virulent wird: Das SEF verspricht

nicht weniger als die körperliche, biologische Zeit zum Teil anzuhalten und in Form von Eizellen zu konservieren. Aber auch in der Diskussion des SEF als neuartiges Phänomen spielt Zeit in Form einer imaginierten Zukunft, in der man mehr über das SEF weiß, eine immanente Rolle. Eine *positional map* erlaubte es mir, unterschiedliche Positionen herauszufiltern, in denen Zeit auf unterschiedlichen Ebenen über Diskurse zum SEF thematisiert wird. Dies soll hier nicht näher ausgeführt werden, weil im weiteren Verlauf andere *maps* analytisch wichtiger waren, es soll hier nur verdeutlichen, wie sich der Analyseprozess über eine kontinuierliche Annäherung an die Daten durch das Erstellen von *maps* gestalten kann.

Die Positionen im gesammelten Material weisen grundsätzlich zwei markante Bezugspunkte im Diskurs um das SEF auf: Zum einen wird das SEF als individuelle Option für Frauen diskutiert, festgemacht an der Biologie der weiblichen Fruchtbarkeit; zum anderen als gesellschaftliches Phänomen, wobei sich der Diskurs um die Frage dreht, welche Gesellschaft eine Technologie wie das SEF hervorbringt bzw. benötigt. Beide Bezugspunkte sind nicht klar voneinander zu trennen und werden von den befragten Akteur_innen in unterschiedlichem Ausmaß vereint. In solchen Fällen tritt oftmals eine Ambivalenz dem SEF gegenüber zutage, die sich darin äußert, dass das SEF in individuellen Fällen als nachvollziehbar begriffen wird, gesellschaftlich aber als problematisch verortet. Die aus den Daten hervorgehenden Positionen entlang der Y-Achse *SEF als individuelles/biologisches Phänomen* und *SEF als gesellschaftliches/soziales Phänomen* sind in Abbildung 2 in einer *positional map* visualisiert:

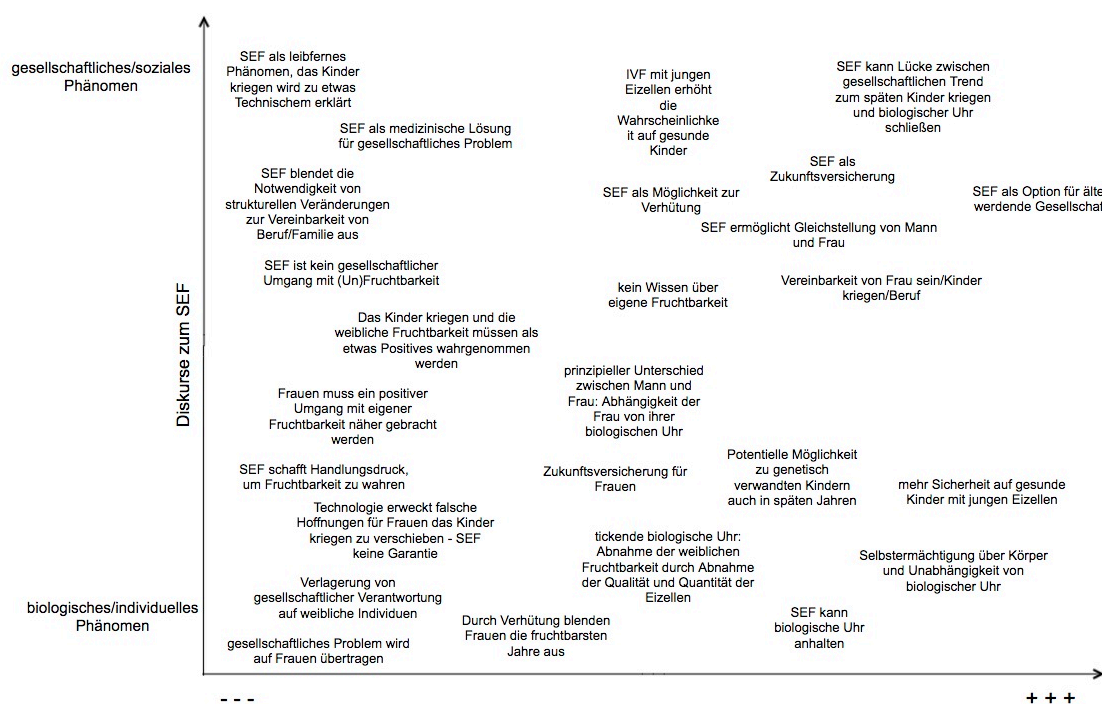


Abbildung 2: Positional Map zur Verortung der Positionen im Diskurs zum SEF

Bei der Erstellung der *positional map* in Abbildung 2 ging es mir um das Herausarbeiten und Positionieren unterschiedlicher Herangehensweisen an das SEF.

Die erstellten *maps* haben schließlich die Annäherung an das SEF und die Richtung der Arbeit bestimmt: So wurde ersichtlich, dass alle sozialen Welten über die Thematisierung des SEF Diskurse zum *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* aufmachen, und dies entlang der Achse SEF als *individuell/ biologisches* und *gesellschaftlich/ soziales Phänomen*.

Reflexion

Abschließend möchte ich an dieser Stelle noch zwei forschungstechnisch relevante Aspekte thematisieren: Wie bereits dargestellt, konzentrierte ich mich im Laufe des Forschungsprozesses auf Expert_innen unterschiedlicher Bereiche. Die Perspektive potentieller SEF-Nutzerinnen fehlt demnach gänzlich; dies ist auch forschungspragmatischen Gründen geschuldet. Es war von Anfang an klar, dass das SEF in Österreich aufgrund des rechtlichen Verbots, wenn, dann nur im Verborgenen bzw. als Aspekt des Reproduktionstourismus stattfinden konnte. Ich habe versucht, über Foren von Kinderwunschseiten Kontakte herzustellen, ebenso habe ich in Zeitungsforen zu Artikeln, die das SEF zum Inhalt hatten, Beiträge geschrieben und um Erfahrungen bzw. Meinungen gefragt, allerdings ohne Erfolg. Eine weitere Option bestand in den Interviewpartner_innen aus der Praxis, die vereinzelt von SEF-Nutzerinnen in Österreich erzählten. Auch hier ergab sich jedoch keine Möglichkeit, die Perspektive der Nutzerinnen kennen zu lernen. Wenn also (gerade in Kapitel 4.3) von Akteur_innen der Praxis über „ihre“ Patient_innen gesprochen wird, ist das Fehlen dieser Stimmen nicht auf Ignoranz oder einer Privilegierung der Expert_innenmeinung zurückzuführen; es war im Rahmen dieser Masterarbeit nicht möglich, sie einzubinden.

Darüber hinaus möchte ich darauf hinweisen, dass ich FEMM ursprünglich ein längeres Kapitel widmen wollte. FEMM bietet ein auf körperlichem Erleben und Erfühlen basierendes Konzept des Fruchtbarkeitsmonitoring an, das neben der labororientierten und technologisierten Form bei Ivary eine weitere aufschlussreiche Dimension im *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* darstellt. Durch das Abbrechen des Kontakts zu FEMM hatte ich aber das Gefühl, das Kapitel empirisch nicht genug füllen zu können, weswegen es schlussendlich kein eigener Teil der Arbeit ist.

Außerdem möchte ich ein paar markante Punkte meiner eigenen Position während des Schreibens dieser Arbeit reflektieren. Da im Fokus meiner Arbeit die Analyse der Aushandlungsprozesse von Wissensformen steht, und obwohl nicht die faktische Richtigkeit dieses Wissens ergründet werden soll, sondern deren Repräsentation (vgl. Martin 2010), so muss doch zuallererst das eigene Wissen um das faktische Wissen erweitert werden. Damit eine Analyse der Repräsentation möglich ist, darf das faktische Wissen nicht fehlen. In diesem Sinne

dienten mir die Interviews bis zuletzt als Spiegelung dieses faktischen Wissens über körperliche Prozesse, das ich in der Interaktion mit Expert_innen aufs Neue überprüfte. Gleichzeitig begann ich in Gesprächen mit Freund_innen, als Expertin in Fragen der Fortpflanzung zu fungieren. Immer wieder merkte ich auch, wie mich dieses neugewonnene Wissen in mehrerlei Hinsicht persönlich prägte: Nicht nur in meiner Aufmerksamkeit im Alltag (siehe *Tele* Ausschnitt vom 8.12.2017), sondern auch im Denken über den eigenen Körper. Beim Lesen des Fernsehmagazins *Tele* etwa fiel mir auf, dass die Zeugung durch eine IVF unter Anführungszeichen gestellt wurde, so als würde es sich um keine echte oder ernsthafte Zeugung handeln.



Abbildung 3: Ausschnitt aus dem österreichischen Fernsehmagazin *Tele*: Im *Tatort* wird bei der IVF nur unter Anführungszeichen gezeugt

Der Zugang zum Feld über Expert_innen führte beim Verfassen der ersten Textversionen dieser Arbeit auch unweigerlich zu einem sehr distanzierten Schreibstil, in der die Ich-Position explizit ausgeblendet wurde. Damit versuchte ich einerseits, mich einem in diesem Feld gängigem wissenschaftliche Standard anzupassen und so auch (eher unbewusst) einer größer erscheinenden Objektivität zu verschreiben, in der mir Satzkonstruktionen mit der eigenen Subjektposition banal vorkamen. Mehrere Hinweise von Freund_innen und schließlich die Erkenntnis, dass das Schreiben so auch zügiger voranging, führten dazu, dass ich diesen Stil zugunsten einer eigenen Positionierung aufgab und dies auch in den schon verfassten Kapiteln änderte. Dies war nicht nur schreibtechnisch eine Erleichterung, sondern schien mir auch in Anbetracht der Thematik und der theoretischen Grundausrichtung insgesamt überzeugender und sogar notwendig. Die Distanz schließlich ist es, die eine Wertneutralität vorgibt, wo, und das ist ironischerweise ein Hauptargument der Arbeit, diese nicht existieren kann. Insofern habe ich durch diese Erkenntnis gezwungenermaßen die Komplexität eigener wissenschaftlicher Publikationen erfahren, wobei auch hier die Sozialisation nicht abgestreift werden kann: Trotz jahrelangen Studierens und mehr als genug theoretischem Wissen wurden diese Vorstellungen zu Distanz, Wertneutralität und Sprache in mir praktisch wirksam. Ich denke, es werden sich in der Arbeit dennoch Spuren dieses distanzierten Vorgehens finden.

3. Geschichte(n) der Reproduktionsmedizin: Die Genese der IVF und des SEF

„Science is defended so vehemently because it is cultural, not because it is extracultural.“

(Franklin, 1995: 165)

Als 1978 Louise Brown, das erste in-vitro gezeugte Kind, in England auf die Welt kam, markierte das den Höhepunkt jahrzehntelanger Experimente und Forschungen zur extrakorporalen Befruchtung beim Menschen. Es war der Beginn von Prozessen, in denen die IVF als Technologie nach und nach ihren experimentellen Charakter verlor und zu einer global anerkannten, standardisierten Form der medizinischen Behandlungsoption von Unfruchtbarkeit wurde. Im Jahr 2013, 35 Jahre nach der Geburt von Louise Brown, waren weltweit 5 Millionen Kinder durch IVF gezeugt und zur Welt gebracht worden (Franklin 2013b).

Im vorliegenden Kapitel stelle ich die Genese der IVF bis hin zur Idee des SEF als ART in ihren wichtigen Eckpunkten dar. Dabei geht es mir mit einem medizin-technischen Blick darum, die Prozedur(en) einer IVF-Behandlung und in weiterer Folge das SEF verständlich zu machen und das biologische Erklärungsfundament in reproduktionsmedizinischen Zusammenhängen zu klären. Dazu werden die Hauptentwicklungsschritte der IVF nachgezeichnet. Die Darstellung fungiert somit als Abriss eines biologischen Narratives, um aufzuzeigen, welchen biologischen Frage- und Problemstellungen sich die Forschung in dem gewählten Zeitraum zuwandte. Betrachtet man die Entwicklung der IVF nicht als geradlinige, auf ein Problem zentrierte Forschungsanstrengung multipler Akteur_innen, ist die relevante Ausgangsfrage, warum es zu welchem Zeitpunkt in welchem Kontext überhaupt von Interesse war, Eizellen außerhalb des Körpers zu befruchten (vgl. Schreiber 2007).

Unter Heranziehung sozialanthropologischer und sozialwissenschaftlicher Literatur ergänze ich ausgehend von der von Christine Schreiber formulierten Frage das biologisch-medizinische Narrativ mit dem Ziel, der „standard view of technology“ (Pfaffenberger 1992: 493) – der Geschichte von scheinbar zielgerichtetem Erfolg und Fortschritt – eine nuancenreichere Darstellung hinzuzufügen. Darin soll die IVF nicht als „historische Selbstverständlichkeit“ (Daele 2009: 55) oder als „this-discovery-led-to-that-landmark-result model of technological development“ (Franklin 2013b: 144) dargestellt werden, sondern als durch Menschen unter bestimmten Bedingungen Geschaffenes, wobei die Prozesse der Entstehung und Legitimierung von Wissensformen – hier Wissen zur menschlichen Reproduktion – in den Blick genommen werden.

Zur besseren Übersicht unterteile ich die Entwicklungsschritte der IVF und des SEF in drei Phasen:

1. Phase von 1880 bis Mitte des 20. Jahrhunderts: Erste Befruchtungsversuche und Herausbildung der Reproduktionswissenschaften als eigenständige Disziplin
2. Phase von der Mitte des 20. Jahrhunderts bis 1978: Konkretisierung der IVF für die Anwendung beim Menschen bis zur ersten erfolgreichen IVF
3. Phase von 1978 bis zur Gegenwart: Wie die Kryokonservierung von Oozyten zum Social Egg Freezing wurde

Anhand des gewählten Zeitraums skizziere ich die Genese der IVF in ihren forschungstechnischen Höhepunkten, den Problem- und Fragestellungen sowie den sozialen Bedingungen der wissenschaftlichen Entwicklung. Das narrative Ende der Geschichte der IVF in meiner Arbeit leitet sodann über zur Genese des SEF.

3.1. Erste Phase, 1880 bis Mitte 20. Jahrhundert: Am Anfang waren die Kaninchen

Ein historischer Exkurs, der lediglich bis zum großen Höhepunkt 1978 zurückreicht, greift freilich zu kurz; ebenso ein Diskurs, der die IVF lediglich als Konsequenz einer geradlinigen Entwicklung wissenschaftlicher Anstrengung zur Überwindung weiblicher Unfruchtbarkeit rezipiert. Als „embryo pioneer“ (Franklin 2013b: 126) gelang 1891 dem Zoologen und Embryologen Walter Heap der erste offiziell anerkannte erfolgreiche Embryonentransfer bei Kaninchen. Zuvor war es in den 1870er Jahre der österreichische Embryologe Samuel Schenk, der Versuche zur künstlichen Befruchtung, also zur Befruchtung außerhalb des Körpers, bei Säugetieren vornahm (Schreiber 2007: 14). Heape nahm also einen Transfer von im Körper gezeugten Embryonen vor, wohingegen Schenk mit extrakorporaler Befruchtung experimentierte. Beides sind technische Aspekte einer IVF und beide Namen fallen in Zusammenhang mit der Genese der IVF, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

Ich möchte hier ausführlicher auf Schenks Befruchtungsversuche eingehen, weil sie, so argumentiert Schreiber, ein geeignetes Beispiel darstellen, um die Linearität wissenschaftlichen Strebens zur IVF kritisch zu befragen. Samuel Schenks Befruchtungsversuche, so arbeitet es Schreiber heraus, markieren zwar aus heutiger Sicht gewissermaßen den Beginn der IVF, allerdings ohne das Ansinnen von Schenk, die befruchteten Eizellen in einen Uterus zu transferieren (ebd.: 27). Anhand einer Analyse des damals herrschenden Erkenntnisinteresses innerhalb der Embryologie, begreift Schreiber, angelehnt an Ludwig Flecks Konzepte der Denkkollektive und Denkstile (2007: 32ff), die Bedingungen, Mechanismen und Prozesse der wissenschaftlichen Wissensproduktion als soziale Aushandlungsfelder. Demnach fanden Schenks Versuche nicht innerhalb einer zielorientierten Forschung zur Überwindung der Unfruchtbarkeit

statt; vielmehr bündeln sie im Feld der Embryologie andere Forschungsinteressen: Im Falle der Embryologie stand das abbildbare Erfassen und Verstehen der natürlichen Reproduktionsvorgänge im Zentrum und nicht deren Manipulation oder gar künstliche Imitation (ebd.: 100). Die Embryologie war zur Zeit Schenks von einem kritischen Diskurs darüber geprägt, was als natürlich und was als künstlich betrachtet werden konnte: Samuel Schenk selbst stand seinen Versuchen der künstlichen Befruchtung skeptisch gegenüber, weil sie seiner Meinung nach als unwissenschaftlich zu verstehen sind. Er hatte Bedenken, dass natürliche Vorgänge durch künstliche nicht wahrheitsgetreu wiedergegeben werden können (ebd.: 83). Lange Zeit begünstigte die Embryologie die Perspektive des Beobachtens, das methodisch dem Erfassen der natürlichen Vorgänge diente, wohingegen die experimentelle Schiene eines Samuel Schenks durch Eingreifen und Manipulation außerhalb des vorherrschenden Erkenntnisideals in der Embryologie lag. Andererseits ging es Schenk darum, die Embryologie unter Zuhilfenahme experimenteller Methoden mit dem damals gängigen Denkstil als Disziplin zu etablieren und von anderen Disziplinen abzugrenzen (ebd.: 117). Das erklärt, warum im 19. Jahrhundert wenig fächerübergreifendes Interesse an dem Thema Befruchtung vorhanden war und etwa die Embryologie im Gegensatz zur Gynäkologie wenig Interesse an einer Implementierung ihrer Erkenntnisse beim Menschen hatte. Versuche zur künstlichen Befruchtung fanden zwar seit geraumer Zeit in unterschiedlichen Disziplinen statt, passierten aber in einem strengen disziplinaren Kontext, welcher mit Anfang des 20. Jahrhunderts allmählich aufgelöst wurde (ebd.: 119).

Die Auflösung dieser disziplinaren Barrieren überschneidet sich mit jener Zeit, die Adele Clarke (1998) als Beginn der Disziplinierung ausmacht. Ab 1900 entwickelten sich die Reproduktionswissenschaften zu einer eigenständigen Forschungsrichtung, wobei sich unterschiedliche Disziplinen wie die Agrarwissenschaften, die Biologie und die Medizin aneinander annäherten (Clarke 1998: 30). Die prägenden historischen und sozialen Veränderungen zu jener Zeit (wie die Industrialisierung und Verstädterung), trugen dazu bei, dass den Agrarwissenschaften aufgrund erhöhten Nahrungsmittelbedarfs eine wichtige Rolle zuteil wurde (Schreiber 2007: 122). Sich verändernde Ansprüche an Nahrungsmittelbedarf setzten Prozesse der Professionalisierung und Rationalisierung der Landwirtschaft in Gang, deren Ziel eine erhöhte Produktivität bei gleichzeitig geringerem Bedarf an Arbeitskräften war (Clarke 1998: 41f). Landwirtschaftliches Arbeiten bewegte sich weg von einem subsistenz- hin zu einem kommerzorientierten Ansatz, der vermehrte Spezialisierung und damit Monopolisierung mit sich brachte. Aufgabe und Ziel der Reproduktionswissenschaft war in diesem Kontext, Prozesse der Reproduktion in Hinblick auf Qualitäts- und Quantitätssteigerung in der Produktion von

Nahrung miteinzubeziehen (ebd.). Für die Biologie begünstigte das Aufkommen physiologischer Herangehensweisen Erklärungsansätze, in deren Argumentation biochemische Analysen als Ausgangspunkt dienten. Damit erweiterte sich, vor allem mit einem gesteigerten Interesse an Vererbung und Zucht, die Perspektive auf Leben an sich und die Möglichkeiten zur Kontrolle und Manipulation darüber. Eng verbunden mit dieser Entwicklung in der Biologie ist der Name des Biologen Jacques Loeb, dessen selbst ernanntes Ziel die Manipulation von Leben, in seinem Fall Seeigelleizellen, anhand verschiedener chemischer Reaktionen war (Schreiber 2007: 123). Auch die Medizin war maßgeblich von Veränderungen betroffen, die sich institutionell in der Differenzierung von klinischer Praxis und Anwendungsforschung niederschlugen (Clarke 1998: 36). Für die Zeit Anfang des 20. Jahrhunderts macht Clarke anhand der Professionalisierung der Medizin, die sich in der Errichtung von Krankenhäusern, Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen widerspiegelt, eine Medikalisierung der Reproduktion aus: Schwangerschaft, Geburt oder Menopause wurden zu medizinischen Problemen, die einen Bedarf nach Spezialist_innen der Gynäkologie hervorbrachten (ebd.: 37).

Parallel zu den Entwicklungen in den Disziplinen der Biologie, der Agrarwissenschaften und der Medizin hatten diverse Interessensvertretungen und Organisationen das Thema der Reproduktion im Blick. Diese sozialen Welten, von denen Clarke insbesondere die Geburtenkontrollbewegungen oder die eugenischen Bewegungen erwähnt, wiesen teils große Überlappungen mit den wissenschaftlichen Disziplinen auf, aus denen ihre Akteur_innen stammten. Die genannten sozialen Welten aus Wissenschaft und Interessensvertretungen waren daran beteiligt, dem Thema der Reproduktion wissenschaftliche Legitimation zu verschaffen und somit den Weg zu den Reproduktionswissenschaften zu ebnen. Mit dem Aufkommen der Hormonforschung etablierte sich in der Herangehensweise ein gemeinsamer Nenner verschiedener Fächer, sich mit Reproduktion zu beschäftigen. Infolgedessen konnten fachliche Grenzen aufgelockert werden und man konnte sich je eigenen Problemfeldern widmen (vgl. Schreiber 2007: 124f.).

Die Historikerin Christina Benninghaus (2005: 107ff.) zeigt für diese Zeit, dass Unfruchtbarkeit als „Degenerationserscheinung“ mehr als gesellschaftliches denn als individuelles Phänomen wahrgenommen wurde und mit Sorgen um „die Verfassung der gesamten Bevölkerung“ einherging (ebd.: 115). In Zusammenhang mit sich verändernden Geschlechterrollen galt Kinderlosigkeit, ob freiwillig oder unfreiwillig, als Ausdruck einer neuen Gesellschafts- und Geschlechterordnung, die Ängste und Sorgen um gesellschaftlichen Niedergang provozierte (ebd.: 118). Mehr als in der tatsächlichen medizinischen Relevanz sieht Benninghaus die Diskussionen um künstliche Befruchtung zu jener Zeit als „Projektionsfläche für Ängste und Hoffnungen“ (2005: 122); die Forschung zur Reproduktion sollte in Anbetracht der Ängste um

gesellschaftlichen Niedergang Kontrolle über Reproduktion ermöglichen und „eine natürliche Ordnung rekonstruieren“ (ebd.).

Parallel zu diesen sozialen Prozessen und im Kontext der Disziplinentstehung vollzogen sich maßgebliche Entwicklungen die IVF betreffend. 1913 etwa vermeldete der belgische Embryologe Albert Brachet die Kultivierung von Kaninchenembryonen in einem Kulturmedium außerhalb des Körpers (Biggers 2012: 119). Das bemerkenswerte hierbei war, dass Eizellen, die in-vivo befruchtet wurden, sich in einer Kultur¹ weiterentwickelten². 1934 schließlich gelang es Pincus und Enzman³, die erste erfolgreiche in-vitro Befruchtung mit anschließendem Embryonentransfer bei Kaninchen vorzunehmen. Dies galt jahrelang als erste erfolgreiche Demonstration einer In-vitro-Fertilisation bei Säugetieren, wurde aber in den 1950er Jahren in Frage gestellt, weil deutlich wurde, dass frisch entnommenes Spermium nicht unmittelbar zur Befruchtung herangezogen werden kann. Die Kapazitation, jener Prozess, bei dem Spermien nach der Ejakulation im weiblichen Genitaltrakt oder in einem Kulturmedium durch Veränderung ihrer biochemischen Zusammensetzung „reif“ für die Befruchtung werden, wurde 1951 von Chang und Austin beobachtet und stellte Pincus und Enzmans Erfolge in Frage, weil beide den Prozess der Kapazitation nicht (zumindest nicht wissenschaftlich erwähnt) berücksichtigt haben (Biggers 2012: 121).

John Rock, ein aus der anwendungsorientierten Medizinpraxis stammender Gynäkologe, wiederum trug dazu bei, den Vorgang des Eisprungs (Ovulation) genauer bestimmen zu können. Dies war für ihn in Hinblick auf die künstliche Befruchtung, aber auch zur Empfängnisverhütung wissenschaftlich relevant. Er war es auch, der gemeinsam mit Miriam Menkin 1944 menschliche Eizellen außerhalb des Körpers befruchtete; beziehungsweise behauptete er dies. Hier, wie auch bei Pincus und Enzman, wurde aufgrund der erst später erlangten Erkenntnis über den Prozess der Kapazitation am Erfolg einer tatsächlichen extrakorporalen Befruchtung gezweifelt (ebd.).

Für die Zeit zwischen Schenks Befruchtungsversuchen Ende der 1880er Jahren und Pincus und Enzmans Befruchtungsversuchen im Jahr 1934 weisen sowohl Schreiber als auch Bernard eine vermeintliche historische Kontinuität des Verfahrens zurück: Die künstliche Befruchtung in-vitro

¹ Nährmedium, in dem sich die Eizelle und der Embryo weiterentwickeln.

² Heute ist es innerhalb der Reproduktionsmedizin Usus, eine Entwicklung des Embryos bis zum Blastozystenstadium im Zellkulturmedium abzuwarten und den Embryotransfer in den Uterus erst an Tag 5 nach Befruchtung vorzunehmen. Diese längere Zeit in der Zellkultur bringt bereits eine Vorselektion von lebensfähigen Embryonen mit sich und erhöht so die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft.

³ Gregory Pincus war ein amerikanischer Physiologe, der auch maßgeblich an der Zusammenstellung der Pille als hormonelles Verhütungsmittel beteiligt war; Ernst Enzman war sein Assistent am Physiologischen Institut der Harvard Universität (Schreiber 2007: 14).

blieb für die Akteur_innen „ein Nebenaspekt der Arbeit“ (Bernard 2014: 383). Schreiber problematisiert jene historischen Darstellungen der IVF, die darin als „zielgerichtete wissenschaftliche Arbeit am Problem weiblicher Unfruchtbarkeit“ (ebd.: 15) dargestellt wird und mit Rekursen auf frühe Arbeiten zu Schenk und Heape eine lange Tradition wissenschaftlicher Anstrengungen zur Überwindung weiblicher Unfruchtbarkeit festmachen (ebd.).

Allerdings entstanden in dieser Zeit disziplinübergreifende Kooperationen, in denen erkenntnistheoretische Interessen miteinander in Bezug gesetzt und neue Ausrichtungen generiert wurden (Clarke 1998, Schreiber 2007, Bernard 2014). Diese disziplinübergreifenden Kooperationen bilden die Grundlage der Disziplininformierung, wie sie Clarke und daran angelehnt Schreiber ausmachen.

Die Herausbildung einer Forschungslinie zur IVF ist für Schreiber ab den 1930er Jahren erkennbar, als wissenschaftliche Kooperationen zwischen anwendungsorientierter Arbeit in der Klinik und Grundlagenforschung im Labor forciert wurden (2007: 210ff). Ein Wissens- und Methodentransfer zwischen den sozialen Welten der Klinik und des Labors wurde in der gemeinsamen Arbeit von John Rock, Gregory Pincus und Miriam Menkin konkret (ebd.: 236). Sie waren Teil eines Projektes, das von Patientinnen in der Klinik entferntes Gewebe verwendete, um möglichst viele Eizellen für Versuche zu generieren. Jahrelang versuchte Menkin, die auch den Patient_innenkontakt hatte, im Labor Eizellen unter verschiedenen Bedingungen zu befruchten, bis es 1944, aus Unachtsamkeit und einem unabsichtlichen Durchbrechen der routinierten Handlungsabläufe tatsächlich gelang. Das Sperma hat sie nicht wie bisher mehrmals, sondern nur einmal gewaschen, sie verwendete weniger Nährmedium und das Sperma und die Eizelle waren nicht die üblichen 15-20 Minuten, sondern eine Stunde in der Petrischale (ebd.: 231f).

Menkin gelang nach sechs Jahren der erfolglosen Versuche die erste in-vitro Befruchtung, und zwar, weil sie ihre routinierten Handlungsschritte im Umgang mit den Eizellen und den Spermien anders gestaltete als sonst. Wie sie selbst schreibt, waren die veränderten Handlungsabläufe Resultat ihrer Erschöpfung und keine durchdachten Veränderungen (ebd.: 231) und laut Schreiber damit nicht das Ergebnis zielgerichteter Forschungsvorhaben (ebd.: 237).

Menkin gelangen weitere Erfolge; nach ein paar Monaten verließ sie aber die Stadt und das Projekt wurde von Rock eingestellt – er wendete sich in den kommenden Jahren der Empfängnisverhütung zu (Bernard 2014: 388). Die Zusammenarbeit verschiedener Akteur_innen mit unterschiedlichem technischem Knowhow und Ansätzen laufen in der klinischen Praxis vor allem in der Arbeit von Miriam Menkin zusammen:

„In dieser Kooperation von Vertretern verschiedener sozialer Welten entwickelte sich die in vitro Fertilisation zum stabilen Forschungsgegenstand, der in verschiedenen Labors, wenn auch an

unterschiedlichen Spezies, weiterverfolgt wurde. Auch wenn die Versuche mit menschlichen Eizellen Mitte der 1940er Jahre zunächst beendet schienen, so war mit der in vitro Fertilisation nun auch eine Anwendungsperspektive im Hinblick auf die Behandlung menschlicher Unfruchtbarkeit verbunden.“ (ebd.)

Dennoch, die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung beim Menschen war konkreter geworden. Bis Anfang der 1950er Jahre waren gesellschaftlich die maßgeblichen Bedingungen zur Implementierung der künstlichen Befruchtung beim Menschen gegeben: Das technische Knowhow war im Kontext der Disziplinierung soweit fortgeschritten, die IVF als legitime Technologie auch beim Menschen, bis 1978 zumindest als Möglichkeitsraum, anzuwenden (ebd.: 237).

3.2. Zweite Phase, Mitte 20. Jahrhundert bis 1978: Am Weg zur IVF beim Menschen

Nachdem in der ersten Phase 1880-1950 die Bedingungen für eine Forschungslinie IVF geschaffen waren, erfolgte in der zweiten Phase 1950-1978 die Konkretisierung des Forschungsvorhabens für die Anwendung beim Menschen.

In einem 1950 im *Look*-Magazin erschienen Artikel verweist Ratcliff, der Autor des Artikels, auf die Versuche von Rock und Menkin und imaginierte die möglichen Veränderungen für unfruchtbare Frauen (Ratcliff 1950 zit. n. Schreiber 2007: 237). Daraufhin erreichten Rock Briefe von betroffenen Frauen, die um Hilfe baten. Die IVF wurde also zu diesem Zeitpunkt sowohl wissenschaftlich also auch medial und öffentlich als Anwendungsmöglichkeit für Unfruchtbarkeit rezipiert (ebd.). Zwar gerieten die Versuche zu menschlichen Eizellen und der künstlichen Befruchtung beim Menschen in den Jahren nach Menkins Versuchen 1944 zunächst etwas ins Abseits, für die Agrarwissenschaften aber spielte die Weiterentwicklung der IVF weiterhin eine Rolle (Bernard 2014: 388, Schreiber 2007: 233).

Die *Worcester Foundation for Experimental Biology* (WFEB) unter der Leitung von Pincus stellte in diesen Jahren einen entscheidenden Ort in der Geschichte der IVF, aber auch der Reproduktionswissenschaften insgesamt, dar. Nach Problemen und Spannungen innerhalb der universitären Strukturen in Harvard gründeten Pincus und Hoagland im Jahr 1944 ein unabhängiges Institut, das Forschungsgelder aus unterschiedlichen Feldern der Industrie lukrierte (ebd.: 145f). Die Forschungen zur hormonellen Verhütung, die ab den 1950er Jahren am WFEB stattfanden, stehen dabei im Kontext vorherrschender Diskurse zu Überbevölkerung und Bevölkerungskontrolle in jener Zeit, wie Schreiber (ebd.: 148) und auch Bernard (2014: 388) ausmachen. Das gesteigerte Interesse an den Themen der Bevölkerungsexplosion und der Familienplanung bevorzugte freilich eine wissenschaftliche Hinwendung zur hormonellen

Verhütung gegenüber einer Beschäftigung mit Unfruchtbarkeit und künstlicher Befruchtung. Für das WFEB bedeutete dies, mit zugesagten Forschungsgeldern einer Mäzenin und einer Geburtenkontrollbewegung-Aktivistin die hormonelle Verhütung in den Mittelpunkt ihres wissenschaftlichen Arbeitens zu stellen und „politische Interessen“ (Schreiber 2007: 149) in Technologien zu transformieren (ebd.).

Wenngleich der Fokus des WFEB woanders lag, so gab es vor allem für den Biologen Chang Raum für Versuche zur IVF (ebd.: 151). Er beschrieb 1951 den Prozess der Kapazitation¹: Demnach verändert sich Sperma im weiblichen Genitaltrakt und diese Veränderung geht einer erfolgreichen Befruchtung voraus (ebd.: 234). Es muss also auch bei extrakorporaler Befruchtung das Sperma den Prozess der Kapazitation durchlaufen, damit eine Befruchtung stattfinden kann. Diese nötige Voraussetzung war bis dato nicht bekannt und konnte so bei bisherigen Befruchtungsversuchen, zumindest wissentlich, nicht berücksichtigt werden. Es war also eine maßgebliche Erkenntnis, die bisherige als erfolgreich titulierte Versuche in Zweifel zog. Aus diesem Grund gilt Changs 1959 durchgeführte IVF bei Kaninchen als erste wissenschaftlich haltbare Demonstration der Technologie und nicht jene von Pincus und Enzman (Franklin 2013b: 137).

Um die „tool history“ zu komplementieren, wie Franklin schreibt (2013b: 145), sind die zwanzig Jahre zwischen Changs IVF bei Kaninchen und Edwards und Steptoes IVF beim Menschen von Bedeutung. Die prägenden Forscher dieser Zeit Pincus, Chang und Edwards teilten ihr Interesse an neuen Techniken und den überlappenden Bedeutungen und Anwendungsfeldern, die sich aus den Erkenntnissen des Embryonentransfers ableiten ließen:

„Indeed, like many of the embryo transfer pioneers who preceded him, including both Chang and Pincus, Edwards was adept in exploiting the somewhat chaotic overlap between the actual and potential uses of embryo transfer for agricultural applications, as a research technique to address basic questions of mammalian reproduction and development, and as a potential clinical tool (the latter initially envisaged, as mentioned earlier, as a contraceptive device).“ (ebd.)

Robert Edwards, aus den Agrarwissenschaften kommend, forschte in den 50er Jahren zu Eizellenreifung und Embryonentransfer bei Mäusen, verlagerte sein Interesse in den 60er Jahren aber auf den Menschen (Bernard 2014: 389). Für ihn war zu dieser Zeit die Kapazitation, von Chang und Austin Anfang der 50er Jahre erkannt und benannt, ein wichtiger Schritt zur Nachahmung der Befruchtung (ebd.: 391). Er versuchte auf unterschiedliche Art und Weise, an das befruchtungsfähige Sperma aus dem Körper der Frau zu kommen, um es für eine

¹ Er tat dies zeitgleich und unabhängig von Colin Austin, der dem Vorgang 1952 Kapazitation benannte (Schreiber 2007: 234).

Befruchtung in-vitro heranzuziehen; die Versuche aber scheiterten, das entscheidende Serum wurde in dem Teil der Gebärmutter vermutet, in dem die Eizelle auf das Spermia trifft (ebd.). Er ging davon aus, dass dies nur durch einen riskanten operativen Eingriff möglich war, bis er auf die von dem Gynäkologen Patrick Steptoe 1967 entworfene Technik der Laparoskopie stieß. Dabei werden minimalinvasiv Sonden und Pipetten durch den Bauchnabel eingeführt und ein Aufschneiden des Bauches wird somit obsolet.

Als sich Edwards in diesem Jahr an Steptoe wendete, war das der Beginn der Zusammenarbeit, die schließlich 1978 zur Geburt von Louise Brown führte – allerdings unter „falschen Voraussetzungen“ (ebd.: 392), wie Bernard feststellt: Die Laparoskopie sollte für die Entnahme von Eizellen zwar noch bedeutsam werden, für die intendierte Idee Edwards zur Entnahme befruchtungsfähigen Spermias aus dem Körper der Frau spielte sie allerdings keine Rolle. Der entscheidende Schritt hierfür war die Erkenntnis, dass das von Bavister für die Kultivierung von Hamstereizellen zusammengestellte Nährmedium für eine Kapazitation in-vitro herangezogen werden kann. Mithilfe dieses Nährmediums gelang es 1969 Edwards und Steptoe erstmals, tatsächlich eine Befruchtung bei menschlichen Eizellen zu erzielen (ebd.: 393).

Nachdem das Problem der Kapazitation überwunden schien, veränderte sich der Blick auf die Eizelle als zentrales Element: Nicht die anderwärtig gewonnenen Gewebereste aus chirurgischen Eingriffen sollten verwendet werden, sondern Eizellen von Frauen, die tatsächlich an einer Unfruchtbarkeitsbehandlung interessiert waren. Die Eizellen, vormals als zur Verfügung stehendes Forschungsmaterial zeugungsunfähiger Frauen betrachtet, wurden nun Frauen entnommen, die auch einen Kinderwunsch hatten (ebd.: 394f). Die Laparoskopie, die sich für die Entnahme von Spermium gerade noch als nutzlos erwiesen hat, gewann nun für die Entnahme von Eizellen Bedeutung. Damit, und mit der Möglichkeit, die Eizellenproduktion durch Hormonstimulation anzuregen, wurde die Eizelle zu einem „herstellbaren Objekt“ (ebd.: 397) – ein entscheidender Schritt für die Praxisfähigkeit der IVF. Damit einhergehend wurde auch die hormonelle Stimulation der Frau relevant, zum einen, um möglichst viele Eizellen pro Zyklus generieren zu können, zum anderen, um das damals größte Probleme, die Einnistung der befruchteten Eizelle, wahrscheinlicher zu machen. Wenngleich die Geburt von Louise Brown, dem ersten 1978 zur Welt gekommene IVF-Kind, ohne einer hormonellen Stimulation der Mutter stattfand, so bildet der Aspekt der Stimulation jenen Faktor, der die IVF zu einer heute elaborierten Anwendungstechnik transformierte (ebd.: 407). Ab 1971 probierten Edwards und Steptoe verschiedenen hormonelle Dosen und Stimulationszeiträume aus; im Jahr 1975, nach 14 erfolglos transferierten Embryonen, kam es erstmals zu einer Schwangerschaft, die sich aber zu einer Eileiterschwangerschaft entwickelte (ebd.: 401). Edwards und Steptoe änderten daraufhin

ihre Taktik und versuchten, ohne hormonelle Stimulation und mit der Messung des LSH¹ den Zeitpunkt des Eisprungs und damit das Zeitfenster zur Entnahme zu bestimmen (ebd.: 402). Mit diesem Vorgehen wurden 1977 vier weitere Frauen behandelt, unter ihnen Lesley Brown, die im darauffolgenden Jahr das erste durch IVF gezeugte Kind auf die Welt brachte² (ebd.: 403f).

Zur besseren Übersicht sind in Abbildung 4 die wichtigsten Entwicklungsschritte zur IVF noch einmal chronologisch aufgelistet.

Jahr	Personen und Tätigkeiten	Anmerkungen
<u>Erste Phase</u>		
1878	Samuel Schenk (Embryologe): Befruchtungsversuche von Eizellen außerhalb des Körpers bei Säugetieren	
1890	Walter Heape (Zoologe und Embryologe): Embryonentransfer von einem Kaninchen in den Uterus eines anderen	Die Eizellen wurden nicht außerhalb des Körpers befruchtet
1913	Albert Brachet (Embryologe): Kultivierung von Kaninchen- Embryonen in-vitro, aber keine Befruchtung in-vitro	
1930	Gregory Pincus (Physiologie): Versuch der in-vitro Befruchtung und des Transfers	Wahrscheinlich fand die Befruchtung nicht in-vitro, sondern erst in-vivo, also im Körper, statt
1934	Gregory Pincus mit Enzmann: Erfolgreiche in vitro Befruchtung und Embryonentransfer, Geburt von Kaninchen	Der Erfolg gilt heute als zweifelhaft, weil Prozess der Kapazitation nicht mitgedacht wurde
1944	Miriam Menkin (Biologin) und John Rock (Gynäkologe): Erstmals Befruchtung von menschlichen Eizellen mit Sperma	Auch hier wird der Erfolg der Beobachtung aufgrund des nötigen Prozesses der Kapazitation in Zweifel gezogen

¹ Ein starker Anstieg des luteinisierenden Hormons (LSH) verweist auf baldigen Eisprung, wie Edwards zwar wusste, aber er hatte nicht die geeigneten Mittel zur Bestimmung. Durch den Hinweis auf ein Gerät zur Messung des LSH im Urin erübrigte sich dieses Problem 1977 (ebd.: 402).

² Auch das weltweite zweite durch IVF gezeugte Kind stammt von einer der vier von Edwards und Steptoe behandelten Frauen (ebd.).

Zweite Phase

1951	Min-Chueh Chang (Biologe) und Colin Austin (Veterinärmediziner): Beschreiben Prozess der Kapazitation als nötige Veränderung des Spermas zur erfolgreichen Befruchtung der Eizelle	
1959	Min-Chueh Chang: IVF bei Kaninchen	Gilt als erste wissenschaftlich haltbare IVF. Früheren Erfolge gelten als ungesichert, sie können zwar passiert sein, sind aber wissenschaftlich nicht genug nachvollziehbar
1962	Robert Edwards (Physiologe): Eizellen entwickeln sich in Zellkultur bis zum Blastozystenstadium weiter	
1969	Robert Edwards: Befruchtung von menschlichen Eizellen in-vitro	In den nächsten 9 Jahren gelingt es aber nicht, dass mit erfolgreich in-vitro befruchteten Eizellen und deren Transfer in den Uterus eine Schwangerschaft entsteht
1978	Robert Edwards und Patrick Steptoe (Gynäkologe): Beweis, dass IVF bei Menschen funktioniert mit Geburt des ersten IVF-Babys	

Abbildung 4: Zusammenfassung der wichtigsten Entwicklungsschritte am Weg zur IVF

Die Darstellung der zwei Phasen umfasst einen Abriss der forschungstechnischen Problem- und Fragestellungen, die der IVF vorausgingen, diese prägten und schließlich zu ihr führten. Darüber hinaus habe ich grob die gesellschaftlichen Aspekte, welche die Forschung stets begleitet haben, skizziert und damit auf das ko-produzierende Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft verwiesen.

3.3. Dritte Phase: Wie die Kryokonservierung von Oozyten zum Social Egg Freezing wurde

Zur Rekonstruktion der Genese des SEF lässt sich wie bei der IVF fragen, warum es zu einem bestimmten Zeitpunkt für verschiedene Akteur_innen relevant wurde, Eizellen einzufrieren. Dieser Frage will ich in einem letzten Teil der *Geschichte(n) der Reproduktionsmedizin* nachgehen. Ich werde hier allerdings nicht, wie ich es für die IVF getan habe, auf die bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts zurückreichende Genese der Methode des Einfrierens eingehen (eine solche findet sich bei Gook 2011: 281). Ich widme mich hier vielmehr jener Zeit, die nach der Geburt des ersten IVF-Kindes durch die Erschließung neuer Anwendungsfelder der ART eine intensivierte Hinwendung zur Methode des Einfrierens von Eizellen markierte.

Sowohl die Idee als auch die Möglichkeit des Einfrierens von Eizellen entstand relativ zeitnah zur Etablierung der IVF. Die Transformation in eine Reproduktionstechnologie im Kontext der Kinderwunschinstitute vollzog sich aber erst in den letzten Jahren. Das Einfrieren von Eizellen stellte zwar von Beginn an eine größere Herausforderung dar als etwa jenes von Spermien oder Embryonen, der Wissenschaftler Chen berichtete aber bereits 1986 von der ersten mit eingefrorenen Eizellen entstandenen Schwangerschaft (Chen 1986, Gook 2011: 283). Rowland (1992) weist darauf hin, dass die Eizellen in diesem Fall nur ein paar Stunden eingefroren waren, und obwohl von einem „demonstrated success“ (ebd.: 32) die Rede ist, weist er auf die überaus geringe Anwendbarkeit der damals üblichen Methode des langsamen Einfrierens und schnellen Auftauens hin. Allerdings wurde die Eizelle schon zu dieser Zeit als potentialvolle Quelle neuer Anwendungsfelder innerhalb der Reproduktionsmedizin gedacht: Chen diskutierte die Möglichkeiten einer weltweiten Eizellenbank für krebskranke Frauen, für junge Frauen, die ihre Eizellen lagern wollen ebenso wie für Frauen nach der Menopause (ebd.: 34).

Das zeigt, dass bereits in den 80er Jahren das Einfrieren von Eizellen im reproduktionsmedizinischen Diskurs als relevante Erweiterung diskutiert wurde, weil es vor allem zwei Problemen der IVF entgegenwirken konnte: Zum einen konnten durch die hormonelle Stimulation mehr Eizellen pro Zyklus generiert werden, deren Verwendungspotential durch das Einfrieren gesichert werden sollte. Schon seit den 1940er Jahren ist die Eizelle im Rahmen der Versuche zur künstlichen Befruchtung versachlichtes, unabhängig von einem Mutterkörper als Bezugspunkt wahrgenommenes Forschungsobjekt (Schreiber 2007: 236). Die Praxis der hormonellen Stimulation verstärkte diesen Objektstatus (Bernard 2014: 396f).

Zum anderen provozierte das Einfrieren von Embryonen ethische und moralische Kontroversen, vor allem im Umgang mit nicht transferierten „überzähligen“ Embryonen (Gook

2011: 283).¹ Auf solche Kontroversen reagierten nationale Gesetzgebungen mit Limitierungen und Verboten unterschiedlichen Restriktionsgrades, was die Möglichkeit des Einfrierens von Eizellen für die Reproduktionsmedizin auch aus ökonomischer Sicht relevant machte (Robertson 2014: 3). Die Reproduktionsmedizin reagierte damit auf den geführten Diskurs um den Wert und Schutz von Embryonen, indem sie ihren Forschungsgegenstand und seine Technologien verlagerte: Im Zentrum stand nun die Eizelle, die aufgrund ihrer Fragilität gegenüber einem Embryo im Prozess des Einfrierens und Auftauens weitaus gefährdeter ist, Schäden zu erleiden (ebd.).

Im Jänner 2013 verlor die Technik der Kryokonservierung von Eizellen, anerkannt durch die *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM), ihren experimentellen Status und dringt nun in das Feld der erfolgsversprechenden, zulässigen Reproduktionstechnologien vor. Obwohl in Großbritannien zum Beispiel seit 2001 Lizenzen für die Prozedur an Kliniken ergehen und im Jahr 2013 40 Kliniken solch eine besaßen, wurden in diesem Zeitraum nur 15-20 Kinder mit eingefrorenen Eizellen gezeugt – von weltweit geschätzten 900 Geburten (ebd.: 2).

Sowohl in der Literatur (Robertson 2014, Martin 2010) als auch durch einen meiner Interviewpartner (Dr. Lindner, Goldenes Kreuz) wurde der große Schritt, der schließlich 2013 zur Überführung der Technologie in ein professionell anerkanntes medizinisches Setting führte, in einer Gesetzesänderung in Italien ausgemacht. 2004 wurde in Italien sowohl das Einfrieren und Verwerfen von Embryonen als auch die Fertilisation von mehr als drei Eizellen gesetzlich untersagt (Robertson 2014: 3). Dies machte es für die Reproduktionsmedizin dringlicher, die durch hormonelle Stimulation gewonnenen Eizellen nicht verkommen zu lassen, sondern sie stattdessen zu konservieren. Ausgangspunkt der heute üblichen Prozedur war dann auch Italien: Dort wurde durch die Methode des Schockfrierens der Eizelle auf 168° Celsius unter Null das Risiko der Kristallbildung (welche die Eizelle zerschneiden und damit zerstören) durch den Vorgang des Einfrierens minimiert. Mit dieser Methode konnten dieselben Erfolgsaussichten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nachgewiesen werden wie mit frisch entnommenen Eizellen (vgl. Cobo et al. 2015), was letztlich zur Entscheidung des ASRM für eine Anerkennung führte. Dieses Vorgehen ist das heute übliche und wurde in andere nationale Kontexte transferiert. Es war also eine Gesetzesänderung mit Blick auf den Schutz des Embryos, welche

¹ Zur Diskussion der Zuschreibungen menschlichen Potentials bei einer Eizelle und einem Embryo siehe 5.1.2.

letztendlich die praxisbezogene Forschung zur Eizelle und ihrem Einfrieren final angestoßen und vorangetrieben hat¹.

Heute wird die Kryokonservierung von Eizellen, vor allem auch seit dem öffentlichkeits- und medienwirksamen Vorstoß von Apple und Facebook, die Kosten der Prozedur für ihre Mitarbeiterinnen zu übernehmen (vgl. Tran 2014), vermehrt im Kontext einer biographischen Lebensplanung diskutiert: Das Einfrieren von Eizellen ergibt sich dabei nicht aus einer medizinischen Notwendigkeit, sondern aus Lebensstil- beziehungsweise Planungsgründen. Lauren Jade Martin (2010) verwendet dafür den Begriff *anticipated infertility*, der für sie ein Verhältnis zur Zukunft, in der früher oder später die weibliche Unfruchtbarkeit eintritt, beschreibt. In diesem Verhältnis zur Zukunft ist gleichzeitig beim SEF das gegenwärtige Handlungspotential eingeschrieben: Die antizipierte Unfruchtbarkeit kann, so das Versprechen, zumindest in Hinblick auf die Eizelle in die noch fernere Zukunft verschoben werden. Der Antizipation ist eine Auseinandersetzung mit der Zukunft eingeschrieben und bedarf im Falle des SEF des Wissens über den gegenwärtigen und zukünftigen Körper. Das Wissen um den Körper offenbart dabei eine unausweichliche Ambivalenz, weil Wissen mehr Souveränität verspricht und weniger Abhängigkeit von Expert_innenwissen, gleichzeitig aber individuelle Verantwortung schafft und (gerade im Krankheitsfall) auch legitimiert und damit zu einem ganz konkreten sozialen, aber auch ökonomischen Problem werden kann. Es bleibt zu beobachten, ob und wie eine antizipierte Unfruchtbarkeit normative gesundheitspolitische Dimensionen annimmt, das heißt eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit bereits in dieser Antizipation verortet wird.

Das SEF als Technologie der antizipierten Unfruchtbarkeit vergegenwärtigt in diesem Aspekt die Transition von der Medikalisierung zur Biomedikalisierung, wie sie in Kapitel 2.1.1 dargestellt wurde. Die Entwicklung von ART zu Beginn des 20. Jahrhunderts steht hier exemplarisch für die wesentlichen Züge einer Medikalisierung ebenso wie die Etablierung der IVF oder das SEF heute die Merkmale einer Biomedikalisierung aufweisen. Die Forschungen zu extrakorporaler Befruchtung im ausgehenden 19. Jahrhundert von Schenk und Heape und die Entstehung der Reproduktionswissenschaften im 20. Jahrhundert sind Ausdruck von Entwicklungen, in denen sich der Anwendungsbereich der Medizin, d.h. das, was als medizinisches Problem identifiziert wird, maßgeblich veränderte. Es fand eine Professionalisierung und Spezialisierung der Disziplin statt, die sich in neuen Disziplinen und veränderten medizinischen Ausbildungen (klinisch und

¹ Weitere Ausführungen zur Relevanz des SEF und der dahingehenden Entwicklung folgen in Kapitel 4 und 5 anhand eigener Daten.

wissenschaftlich) widerspiegelte ebenso wie in einer Institutionalisierung der Medizin durch (neue) Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen (Clarke 2005: 163 & 1998: 37f). Reproduktive Vorgänge wurden zu medizinischen Anliegen, die dem modernistischen Anspruch nach Rationalisierung durch wissenschaftliche Disziplinierung gerecht wurden. In den Reproduktionswissenschaften schlug sich der moderne Gedanke der Kontrolle über das Leben und somit über die Reproduktion auf besonders offensichtliche Weise nieder, waren sie doch stets eng verbunden mit den damaligen Diskursen zur Bevölkerungskontrolle (Clarke 1998: 10, 25f). Die erste Phase vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis Mitte des 20. Jahrhunderts kann also zurecht, so Clarke, in Hinblick auf Reproduktion als typisch modernes Unterfangen begriffen werden (ebd.: 25). In der zweiten Phase ab Mitte des 20. Jahrhunderts, in welche die Entwicklung und Etablierung der IVF, aber auch zum Beispiel die der hormonellen Verhütung fällt, verschiebt sich der moderne Anspruch der *Kontrolle über* Leben hin zur postmodernen *Transformation von* Leben (ebd.). Der Anspruch der Transformation von Leben weist dann als postmodernes Projekt wesentliche Merkmale einer Biomedikalisierung auf, wobei die Prozesse der Medikalisierung vor allem um massive „technoscientific innovations“ (2005: 164) erweitert werden. Die Geburt des ersten IVF-Babys markiert für Clarke dann gewissermaßen den Beginn der „postmodern reproduction“ (Clarke 1998: 10), in der die Transformation und Manipulation reproduktiver Körper und Körperteile durch elaborierte technische Interventionen im Mittelpunkt stehen (ebd.: 10f). Hatte die moderne Medizin noch den kranken Körper und seine Behandlung im Fokus, setzt die postmoderne Medizin bereits am gesunden Körper an (Clarke et al. 2005: 164, 171). Die Aufrechterhaltung des gesunden Körpers, erhoben zu einer individuell-moralischen Kategorie, fordert Technologien des Selbst ein (ebd.: 165, 172). Stand vormals die Kontrolle und Überwachung des kranken Körpers etwa innerhalb der Institution des Krankenhauses im Zentrum, verschiebt sich der Fokus auf Praktiken der Risikoerkennung und -minimierung durch Technologien des Selbst zur Überwachung des eigenen Körpers (ebd.). Die erforderlichen Schritte können dabei von Vorsorgeuntersuchungen bis hin zu genetischen Tests reichen. Der Erkennung von Risiko durch die Anwendung verschiedenster Praktiken (inklusive Praktiken des Selbst) liegt implizit die Annahme zugrunde, dass Wissen Handlungspotential freisetzt. Eben hier ist auch das SEF anzusiedeln: Eine Unfruchtbarkeit aufgrund mangelnder oder mangelhafter Eizellen stellt ein realistisches Risiko für den Kinderwunsch dar; die Entnahme und Lagerung junger Eizellen beim SEF stellt dann eine biomedikalisierte Praxis der Vorsorge, Kontrolle (in Form der Fruchtbarkeitsmessung) und Risikominimierung dar.

Das SEF als soziomaterielles Verfahren:

Aushandlungsprozesse einer Reproduktionstechnologie

Die Kapitel 4 und 5 widmen sich nun ganz den Ergebnissen meiner Analyse und basieren auf dem in Kapitel 2.2. vorgestellten methodischen Vorgehen. Im Zentrum steht das SEF als soziotechnisches Verfahren der Biomedizin. Zur Beschreibung des gegenwärtig vorherrschenden medizinischen Systems verweist der Begriff Biomedizin auf die zunehmende Bedeutung von Technologien in der Herstellung und Anwendung von medizinischem Wissen, das seit dem 2. Weltkrieg unser Verständnis von Medizin, dem Körper und dem Leben maßgeblich transformiert hat (Burri 2007: 2, Löwy 2011: 117, Franklin 2012: 36). Der Begriff Biomedikalisierung, wie ich ihn in Kapitel 2 bereits vorgestellt habe, kontextualisiert die dichten Verknüpfungen zwischen Medizin, Technologie und Gesellschaft, die unser Leben maßgeblich strukturieren: In Zusammenhang mit der Entstehung neuer Disziplinen wie der Genetik, der Molekularbiologie oder der Bioinformatik wird das, was unter Leben verstanden wird, maßgeblich von technologischen Innovationen geprägt und den Fokus einer Biomedizin bilden eben jene hochtechnisierten Praktiken zur Erfassung des menschlichen Lebens. Mit Foucault bezeichnen Clarke et al. Biomedizin „as a culture per se, as a regime of truth“ (2003: 163), weil die Biomedizin den Referenzrahmen zur gesellschaftlichen Aushandlung, Interpretation und Transformation von Körpern und Leben bildet (ebd.).

4. Technopolitische Kultur: Das SEF in Österreich

Im folgenden Kapitel arbeite ich am Beispiel des SEF die Verwobenheit von Biomedizin, Technologie und Gesellschaft heraus. Das SEF begreife ich dabei als soziotechnisches Verfahren, an dem gesellschaftliche Aushandlungsprozesse zu Fruchtbarkeit, dem Körper, Wissen und Medizin untersucht werden können. Damit rücke ich die impliziten sozialen Aspekte einer Technologie ins Zentrum. In der Kodier-Kategorie *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* laufen die für das SEF wesentlichen Diskurse zusammen, die ich in diesem Kapitel unter folgenden Gesichtspunkten ausführen möchte:

- (1) Fruchtbarkeit rechtlich fassen: gesetzliche Aushandlungsprozesse

Im ersten Teil geht es um die Erfassung von Fruchtbarkeit, ART und SEF anhand des rechtlichen Bezugsrahmens in Österreich.

(2) Das SEF als Hilfsmittel einer alternden, emanzipierten Gesellschaft

In diesem Teil stehen die Aushandlungen zum SEF im Zentrum, die das SEF als technosoziale, individuelle Lösung für gesellschaftliche Entwicklungen verorten und die Relevanz des Phänomens primär in demographischen Aspekten ausmachen.

(3) Das SEF als Gradmesser für den gesellschaftlichen Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit

Darunter subsumiere ich die Diskurse zum SEF, welche dezidiert den gesellschaftlichen Umgang mit der weiblichen Fruchtbarkeit thematisieren.

4.1. Fruchtbarkeit rechtlich fassen: Gesetzliche Aushandlungsprozesse

Das Kapitel soll Aufschluss darüber liefern, wie innerhalb eines Nationalstaates Fruchtbarkeit und der Einsatz von ART rechtlich verhandelt werden und welche spezifischen gesellschaftlichen Vorstellungen über dieses Thema mit dem Recht zusammengebracht werden. Der staatlich-rechtliche Umgang mit ART verweist auf jene technopolitische Kultur, in der gesellschaftliche Wertvorstellungen und Traditionen maßgeblich neue Technologien – deren Rezeption, Einbettung, usw. – konstituieren und Technologien somit als implizite Aushandlungsfelder sozialer Prozesse erkannt werden können.

In Österreich ist die Anwendung von ART im Wesentlichen durch das 1992 in Kraft getretene Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG 1992)¹ und seit 2015 durch das erneuerte Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz (FMedRÄG 2015)² rechtlich geregelt. Gegenstand des FMedRÄG 2015 sind die künstliche Befruchtung, Samen- und Eizellenspende, Präimplantationsdiagnostik als auch der Umgang mit Samen- und Eizellen, falls diese während einer Behandlung nicht verwertet werden. Es ist ein gesellschaftlich höchst bedeutungsvoller Teil der Gesetzgebung, weil darin Diskurse zum Beginn und zum Wert menschlichen Lebens, zum Umgang mit Körperzellen und die erlaubten Formen technologischer Intervention beim Menschen zum Ausdruck kommen. Damit gilt das Fortpflanzungsmedizinrecht klassischerweise für unterschiedliche Akteur_innen als Gradmesser für moralische und ethische Positionierungen in Hinblick auf den Einsatz von Technologien beim Menschen.

In folgendem Unterkapitel stelle ich die wesentlichen Züge des FMedRÄG 2015 das SEF betreffend vor (4.1.1), blicke in einem kurzen Abriss auf die Entstehung des FMedG in den 1990er Jahren (4.1.2) und des FMedRÄG 2015 (4.1.3) zurück und arbeite die unterschiedlichen Diskurspositionen zum FMedRÄG mit Fokus auf das SEF aus (4.1.4).

¹ BGBl 1992/275, FMedG.

² BGBl 2015/35, FMedRÄG.

4.1.1. Das Gesetz mit seinen derzeitigen Bestimmungen

Österreich galt innerhalb der Europäischen Union mit seinem zuletzt 2004 überarbeiteten Fortpflanzungsmedizingesetz aus dem Jahre 1992 lange Zeit als restriktiver Mitgliedsstaat in Bezug auf den Einsatz von ART (Hadolt 2005: 54, Wendehorst 2015: 4); mit April 2015 trat eine überarbeitete Version des FMedG in Kraft, das Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz (FMedRÄG 2015), welches vielerorts als Liberalisierung bewertet wird (vgl. Wendehorst 2015).

Eine Überarbeitung des Gesetzes war aus zweierlei Gründen geboten: Die Klage eines lesbischen Paares, dem der Zugang zu ART verwehrt war, führte dazu, dass der Verfassungsgerichtshof (VfGH) einen Teil des Gesetzes als verfassungswidrig einstufte¹: Jener Teil des Gesetzes nämlich, der die Anwendung von ART auf „Personen verschiedenen Geschlechts“ beschränkte, musste abgeändert werden. Darüber hinaus erforderte ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Italien, sich auch in Österreich mit dem Thema der Präimplantationsdiagnostik (PID) und ihrer gesetzlichen Regelung auseinanderzusetzen. In Italien klagte ein Paar, beide Träger_innen einer erblichen Stoffwechselerkrankung, weil ihnen die PID verwehrt wurde. Das Paar hatte bereits ein Kind mit der Erkrankung auf die Welt gebracht und einen transferierten Embryo, der auch Träger der Krankheit war, abtreiben lassen. Eine PID ermöglicht es, den Embryo vor dem Transfer in den Uterus genetisch auf die Erbkrankheit prüfen zu lassen. Der EGMR gab dem Paar recht, weil durch das Verbot einer PID der Schutz eines nicht transferierten Embryos höher gestellt wurde als der eines bereits transferierten, der zum einen im Rahmen einer zulässigen pränatalen Diagnose (PND) genetisch untersucht und zum anderen abgetrieben werden darf (vgl. Mauernböck 2015: 112). Da die österreichische der italienischen Rechtslage in puncto Einsatz der PID glich, erkannte der österreichische Gesetzesgeber Handlungszwang, um eine Verurteilung durch den EGMR zu vermeiden (vgl. ebd.).

Neben einigen Änderungen im Gesetz ist in Bezug auf das SEF die Aufrechterhaltung des Subsidiaritäts- oder Ultima-ratio Prinzips bedeutsam: Dieses Prinzip unterstreicht die in Österreich geltende Maxime, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur dann als Möglichkeit der Fortpflanzung herangezogen werden darf, wenn „nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und den Ehegatten oder Lebensgefährten zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind“ (FMedRÄG 2015 §2(1)), oder eine durch Geschlechtsverkehr herbeigeführte Schwangerschaft akute Gefahr bedeuten würde (vgl. ebd.). Die gesetzliche Festschreibung des Subsidiaritätsprinzips stellt die grundsätzliche Voraussetzung

¹ VfGH 10.12.2013, G 16/2013, G 44/2013, VfSlg 19824/2013.

für die Anwendung von ART dar. Darüber hinaus legt Paragraph 2b dieses Prinzip auch in puncto Zellentnahme und deren Aufbewahrung, der Kern des SEF, fest: Eizellen, aber auch Samenzellen¹, dürfen nur bei „körperlichen Leiden“ oder wenn die Behandlung des körperlichen Leidens eine Gefahr für das Erlangen einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr darstellt, entnommen und aufbewahrt werden (FMedRÄG 2015 §2b). Somit ist rechtlich geklärt, warum das SEF in Österreich nicht erlaubt ist: Als präventive Maßnahme kann es dem Anspruch der Ausschöpfung aller anderen *natürlichen* Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht gerecht werden.

Beispielsweise sind im Falle einer Krebserkrankung und dem drohenden Verlust der Fruchtbarkeit durch die Therapie die formulierten Kriterien der medizinischen Indikation erfüllt und die Kryokonservierung von Eizellen in Form des MEF zulässig. In eben dieser Begründung einer medizinischen Indikation liegt, was auf den ersten Blick paradox erscheinen mag, die Chance für das SEF in Österreich, wie in Kapitel 5 detailliert ausgeführt wird.

4.1.2. Der Weg zum ersten Fortpflanzungsmedizingesetz 1992 in Österreich

Das 1992 in Kraft getretene FMedG setzte rechtlich fest, was seit der Geburt des ersten durch IVF gezeugten Kindes 1978 und einer Ausweitung und Routinisierung von ART allgemein gesellschaftlich ausgehandelt werden musste: der Umgang mit technischen Möglichkeiten zur Hervorbringung menschlichen Lebens. Es ging also darum, so Hadolt (2005) in seiner Analyse zur Genese des FMedG, die technischen Möglichkeiten und gesellschaftlichen Wertvorstellungen und Interessen zusammen zu bringen. Die bereits gelebte Praxis von ART und die raschen Entwicklungen gestalteten die Diskussionen zu einem „Einschränkungsdiskurs“ (ebd.: 8), in dem auf die „dynamisch wahrgenommene Materie der ART“ (ebd.) immer erst verspätet reagiert werden konnte. Aufgrund des Tempos der Entwicklungen und der Komplexität des Themas hatten Expert_innen im politischen Entstehungsprozess als Sachverständige eine Schlüsselposition inne (ebd.). Die Rekrutierung dieser befragten Expert_innen verweist schließlich auch auf die spezifisch österreichische „Wahrnehmung der ART als politisches Problem“, das verstärkt über moraltheologische bzw. rechtliche und technische Aspekte thematisiert wurde (ebd.: 47). Demnach waren zu überwiegendem Teil Expert_innen aus bestimmten akademischen Wissenschaftsdisziplinen wie der Rechtswissenschaft, den Naturwissenschaften (vor allem der Medizin), der Theologie, der Moralethik und der Philosophie

¹ Interessanterweise ist dieser gesetzliche Status von Eizellen viel besser bekannt als der von Samenzellen. Einige Interviewpartner_innen, die als Reproduktionsmediziner_innen arbeiten, glaubten, dass das Einfrieren von Samenzellen als vorsorgliche Maßnahme ohne medizinische Indikation sehr wohl erlaubt sei (z.B. Interview Dr. Brauner, Interview Dr. Obereder).

von Anfang an vertreten, die darüber hinaus großteils männlich waren; Vertreter_innen der Disziplin Psychologie wurden erst später in den Expert_innendiskurs einbezogen und hatten ebenso wie Sozialwissenschaftler_innen als Vermittler_innen ihres Faches kaum Teilhabe am Diskurs (ebd.: 15).

Der politische Prozess zur Regelung von ART dauerte ab 1982 über einen Zeitraum von zehn Jahren an, in denen politische Akteur_innen (Parteipolitiker_innen, Beamte_innen und Ministerien), Expert_innen und Interessensvertretungen im Rahmen von Hearings, Enquetes, Symposien, Kommissionen, Arbeitskreisen usw. zusammen kamen, um die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auszuhandeln, in denen ART in Österreich stattfinden kann und darf (ebd.: 31). Es ging um die Herstellung eines gesellschaftlichen Kompromisses auf einem bis dato in Österreich unbearbeiteten Terrain. Es konnte also nicht auf etwas Bestehendes zurückgegriffen oder damit verglichen werden und ein Blick ins Ausland war wenig ergiebig, weil die Regelungen auch international erst im Entstehen begriffen waren (ebd.: 52). Der Prozess war begleitet von einer Skepsis gegenüber den möglichen, tiefgreifenden Veränderungen die ART etwa in Bezug auf die Verfügbarkeit und Herstellbarkeit menschlichen Lebens mit sich bringen konnte; diese „Unsicherheiten“ waren geprägt von einer Rezeption der ART als „bedrohlich“ und sollten für Österreich so gut es ging ausgeräumt werden (ebd.: 51). Das Ergebnis war ein, zumindest bis zur Erneuerung 2015, im europäischen Vergleich als sehr restriktiv rezipiertes Fortpflanzungsmedizingesetz (ebd.: 2), in dem die Möglichkeiten der ART weitestgehend auf jene beschränkt wurden, „wo sie den traditionellen Idealen und Ideen dienten oder zumindest nicht krass widersprachen“ (ebd.: 55). Jene Optionen der ART, die neuartige Konzepte von Reproduktion und Verwandtschaft außerhalb der heterosexuellen Paarbeziehung ermöglichen, wurden nicht erlaubt (ebd.). Mehr als zwanzig Jahre später traten mit dem FMedRÄG 2015 erstmals wesentliche Erneuerungen und Erweiterungen zur gesellschaftlichen Aushandlung von ART in Kraft.

4.1.3. Die gesetzliche Neuregelung von ART im Jahr 2015

Wie bereits angeführt, erzwang das Urteil des VfGH und die Verurteilung Italiens durch den EGMR eine Überarbeitung des seit 1992 geltenden FMedG. Mehr als zwanzig Jahre zwischen dem FMedG 1992 und dem FMedRÄG 2015 sind in Anbetracht des sehr dynamischen Feldes der ART eine lange Zeit, in der 2004 mit der Verlängerung der Aufbewahrungsfrist für Samen-, Ei- und entwicklungsfähige Zellen von einem auf zehn Jahre die einzig „substantielle“ (Wendehorst 2015: 4) Novellierung stattgefunden hat.

Der VfGH beraumte mit seiner diesbezüglichen Erkenntnis vom 10.12.2013 eine einjährige Frist ein, in denen der Gesetzgeber die betreffenden Passagen abändern könne, bevor es am

31.12.2014 als verfassungswidrig aufgehoben würde. Damit eröffnete sich ab dem 1.1.2015 ein rechtliches Vakuum, in denen der Beziehungsstand für den Einsatz von ART als alleiniges Kriterium ausschlaggebend war¹ und das Subsidiaritätsprinzip entfiel (Mauernböck 2015: 4). Eine Liberalisierung des Gesetzes in diesem Ausmaß wurde aber mit dem Gesetzesentwurf, der im letzten Quartal 2014 präsentiert wurde und am 1.4.2015 zum Gesetz wurde, vermieden (ebd.). In der 18-tägigen Begutachtungsfrist zum Entwurf meldeten sich 119 institutionalisierte und individuelle Akteur_innen per schriftlicher Stellungnahme zu Wort, nachzulesen auf der Homepage des Bundeskanzleramtes (Homepage Bundeskanzleramt)² und im Rechtsinformationssystem des Bundes (URL 4).

An der Anzahl und der Vielfalt der sich zu Wort meldenden Institutionen und Privatpersonen lassen sich die reichlichen Anknüpfungspunkte ablesen, die ein Gesetz wie das FMedG in unterschiedlichen sozialen Welten aufweist. Die Akzentuierung der Kritikpunkte ist dementsprechend vielfältig, in jedem Fall aber wurden vielfach die knapp bemessene Begutachtungsfrist und die damit unterbundene breitere gesellschaftliche Diskussion als „demokratiepolitisch höchst bedenklich“ (Stellungnahme Institut für Ehe und Familie)³ eingestuft.

Die 2015 vollzogene Gesetzesänderung wirft bezüglich vieler Punkte spannende Fragen auf, die eine weitere Analyse anregen: So lässt sich etwa fragen, ob und inwiefern das neue Gesetz für einen „Überzeugungswandel“ hinsichtlich der Anwendung von ART stehen kann, wie er in der Genese zum FMedG 1992 eben noch nicht erkennbar war (Hadolt 2005: 55). Auch wäre eine detaillierte Rekonstruktion der politischen Prozesse, die zur relativ hastig erscheinenden Überarbeitung und dem präsentierten Entwurf 2014 geführt haben, sicherlich aufschlussreich. In puncto nunmehr erlaubter, aber wenig praktikabel erscheinender Regelung zur Eizellenspende⁴ scheint eine Beachtung des Reproduktionstourismus als Konsequenz des FMedRÄG 2015 ebenso berechtigt wie bezüglich der Tatsache, dass zwar lesbischen Paaren Zugang zu ART in

¹ Zu diesem Zeitpunkt war der Einsatz von ART innerhalb einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen unterschiedlichen Geschlechts zulässig (Mauernböck 2015: 4).

² 30 der 119 Stellungnahmen sind keine öffentlichen Stellungnahmen, die restlichen 89 sind auf der Homepage des Bundeskanzleramtes abrufbar (URL 3).

³ Ähnliche Formulierungen finden sich in z.B. Flatscher-Thöni et al. (2014) und den Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf von Aktion Leben, BEK, Frauengesundheit ISIS und Nanaya.

⁴ Die Eizellenspende ist nur bei einer Unfruchtbarkeit der Frau, die nicht älter als 45. Jahre ist, zulässig. Gleichzeitig darf die Spenderin nicht jünger als 18 Jahre und nicht älter als 30 Jahre sein.

Österreich zugesprochen wurde, nicht aber homosexuellen Männern¹ und alleinstehenden Frauen.

Für das Thema meiner Arbeit bedeutsam sind aber im Speziellen die Positionen des SEF betreffend, sofern welche eingenommen wurden.

4.1.4. Positionen zum gesetzlichen Verbot des SEF

Die Geschichte des SEF ist, insbesondere im Rahmen einer rechtlichen Betrachtung, auf den ersten Blick eine Verbotsgeschichte. Die Positionen, die sich um dieses Verbot gebildet haben und darüber hinaus reichen, möchte ich hier ausführlicher darstellen. Die Zulässigkeit der PID und der Eizellspende waren sicherlich die zentralen Themen im Entstehungsprozess zum FMedRÄG, an dem sich die meisten sozialen Welten, von Behinderten- oder Familienverbänden, kirchlichen und staatlichen Institutionen, über private Vereine und Personen ebenso wie Vertreter_innen diverser wissenschaftlicher Disziplinen, beteiligten. Für das Verbot des SEF hingegen lässt sich feststellen, dass dies nur ein kleiner Kreis an Personen oder Institutionen thematisiert hat. Die Arena, die sich um dieses Verbot bildete, war im Rahmen der Analyse dieser Stellungnahmen also sehr übersichtlich, wie die folgende *social worlds/arena map* zeigt:

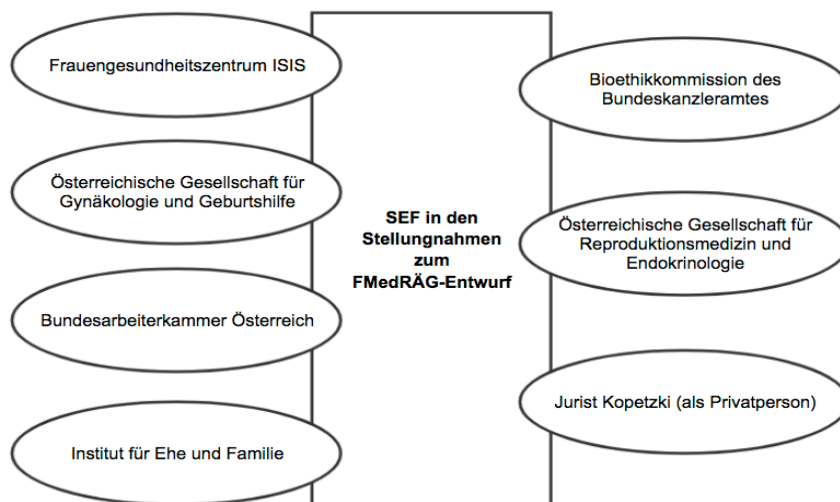


Abbildung 5: Soziale Welten, die an der Diskussion des SEF im Kontext des FMedRÄG-Entwurf beteiligt waren

Insgesamt wurde nur in sieben der 119 Stellungnahmen auf das SEF eingegangen. Ergänzt durch eigenes Interviewmaterial habe ich diese Daten unter Anleitung der SA und der GT analysiert,

¹ In dieser Beziehungskonstellation ist die einzige Möglichkeit für ein genetisch verwandtes Kind die Inanspruchnahme einer Leihmutter, was in Österreich untersagt ist.

das heißt kodiert und schließlich, um die Positionierungen zum SEF zu erfassen, *positional maps* erstellt.

Relevant ist neben der Frage, wer sich für oder gegen das Verbot ausspricht, welche Positionen in der Arena eingenommen werden. Dieser Idee folgend stelle ich anhand der drei untenstehenden Kategorien die unterschiedlichen Positionen dar, die innerhalb dieser Kategorien, aber auch übergreifend, eingenommen werden. Folgende drei Kategorien bündeln die zentralen und umkämpften Themen der Arena:

- (1) Frauenzentriert: Darunter fasse ich jene Positionen zusammen, die als primären Bezugspunkt die Frau als Individuum ins Zentrum rücken.
- (2) Inkonsistenz des Gesetzes: Den Referenzrahmen dieser Positionen bilden Lücken, Widersprüche und Interpretationsspielräume im Gesetz.
- (3) Medizinische Indikation: Hierunter fallen jene Positionen, welche die gesetzliche Festschreibung der medizinischen Indikation thematisieren. Als medizinisch indiziert gelten gewisse Krankheitsbilder, die durch Ärzt_innen bestätigt werden müssen, um den Einsatz von ART zu legitimieren. ART kann also mit der Prämisse der medizinischen Indikation nur angewendet werden, wenn von Expert_innen Probleme der (Un)Fruchtbarkeit als dezidiert medizinisches Problem identifiziert werden können.

Ad (1): Als ART wird das SEF in den Diskursen entlang den dichotomen Zuschreibungen Selbstermächtigung versus Ausbeutung/Druck diskutiert, wie es medial zu beobachten ist und wie es auch Frau Schwarz von der Bioethikkommission formuliert:

„Ich mein, da balanciert es sich immer zwischen Autonomie und Schutz der Frau, die eine Position ist, dass man sagt, die Frau ist mündig genug, und die andere sagt dieses slippery slope Argument, ok, da wird so viel Druck ausgeübt seitens Firma und Familie oder wie auch immer, d.h. sie sind in der Autonomie eingeschränkt und dieses Schutzbedürfnis seitens des Staates hat.“ (Frau Schwarz, BEK)

Ein Verbot wird etwa dann begrüßt, wenn die Gefahr einer „Verstrickung mit ökonomischen Aspekten“ besteht oder durch das SEF die Option zur Vorsorge und zur Behandlung normativ werden könnte, welche Frauen unter Druck setzt, wie das Frauengesundheitszentrum ISIS (Stellungnahme Frauengesundheitszentrum ISIS) argumentiert. Das Frauengesundheitszentrum ISIS ist Teil des österreichischen Netzwerkes von Frauengesundheitszentren, die frauenspezifische gesundheitsbezogene und psychologische Beratung anbieten. Für das Zentrum wiegt die Gefahr der Belastung stärker als die mögliche Entlastung durch die Option des SEF. Denn, so das Zentrum in der Stellungnahme, neben den Fragen, die sich Frauen nach der Behinderung eines Kindes oder dem Zeitpunkt der (Nicht)Schwangerschaft stellen lassen müssten, reihe sich die Frage ein, warum sie ihre Eizellen nicht eingefroren haben (ebd.). Die

zunehmenden technischen Optionen manöviere Frauen in „schwierige Entscheidungssituationen“ und befördere einen „Erklärungsnotstand“ (ebd.). Das SEF und das zeitliche Verschieben der Mutterschaft nach hinten sei zwar als technische Option vorhanden, deswegen aber für „Frauenleben“ (ebd.) nicht unbedingt förderlich. Das SEF wird daher vom Frauengesundheitszentrum abgelehnt, auch weil technologische Möglichkeiten nur eine Option sein können, aber keine Garantie brächte. Ebenso argumentiert das Institut für Ehe und Familie, dass das SEF als Technologie „das Risiko falscher Hoffnungen“ bei Frauen berge (Stellungnahme Institut für Ehe und Familie). Beide Argumente spielen auf die Tatsache an, dass beim SEF eine IVF durchgeführt werden muss, deren Erfolg jedoch keineswegs garantiert ist.

Dass durch die Option des SEF ein Druck auf Frauen entsteht, die Erfüllung ihres Kinderwunsches auf eine spätere Lebensphase zu verschieben, weist der auf Medizinrecht spezialisierte Jurist Kopetzki (Stellungnahme Kopetzki) zurück, denn „diese Verschiebung des Kinderwunsches findet ja bekanntlich – aus welchen Gründen auch immer – heute schon statt“ (ebd.: 7). Ein Verbot könne dem nicht entgegenwirken; im Gegenteil es „beraubt die Frauen nur eines verfügbaren Hilfsmittels, das ihre Chancen auf die spätere Realisierung des Kinderwunsches pro futuro immerhin erhöhen würde“ (ebd.).

Die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (ÖGR) argumentiert, dass das Verbot einer Selbstermächtigung der Frauen im Weg stehe und in der derzeitigen rechtlichen Lage zu Reproduktionstourismus führe (vgl. Stellungnahme ÖGR). Das Verbot stellt für die ÖGR eine „Bevormundung, wie auch eine Missachtung des Selbstbestimmungsrechtes auf eine individuelle Lebensplanung der Frau durch den Gesetzgeber“ (ebd.) dar. In der Stellungnahme des ÖGR sind sodann Vorschläge zur Regelung für die Gestaltung des SEF bei deren Freigabe eingebracht, etwa das Maximalalter von 35 Jahren für die Entnahme und 50 Jahre für die Verwendung der Eizellen. Gleichzeitig wird mit der Freigabe des SEF eine Bedeutungsabnahme der Eizellspende erwartet, die als problematischer wahrgenommen wird (ebd.).

In der frauenzentrierten Argumentation lassen sich also die eingenommenen Positionen differenzieren in jene, die von einer Determinierung des Sozialen durch Technologien ausgehen (ISIS und Institut für Ehe und Familie), wohingegen die ÖGR und Kopetzki die sozialen Entwicklungen als treibende Kraft für die Entwicklung und Inanspruchnahme von Technologien verorten.

Ad (2): Die Referenz zur Eizellspende findet sich auch in den Positionen zur Inkonsistenz des Gesetzes wieder. Aus Sicht der dem SEF prinzipiell ablehnend gegenüberstehenden Interviewpartnerin des IMABE, Frau Heckl, ist die „eigene Eizellspende“ des SEF das „geringere Übel“ im Vergleich zur rechtlich möglichen Eizellspende einer anderen Frau: „(...) rein

medizinisch und psychologisch, wenn man sich anschaut, was Schwangerschaften mit fremden Eizellen für Frauen eine Belastung sind“ (Frau Heckl, IMABE).

In Anbetracht dieser Problematiken erscheint die gesetzliche Legitimierung der Fremdeizellspende bei gleichzeitigem Verbot der Eigeneizellspende der Interviewpartnerin als „völlig inkonsistent“.

Ausführlicher ist das SEF in der Stellungnahme des Juristen Kopetzki auf die Inkonsistenz des Gesetzes hin beleuchtet und explizit mit Kategorie (1) sowie (3) verknüpft. Schließlich dürfe man als Frau bis zum 30. Lebensjahr die eigenen Eizellen an Fremde spenden, nicht aber an sich selbst. Die in der Regelung zur Eizellspende festgesetzte Altersgrenze indiziere die Annahme der altersbedingten Fruchtbarkeitsabnahme bereits, die man mit dem SEF für sich selbst teilweise kompensieren könne. Er kritisiert, dass die Regelung zur Eizellspende diese Altersgrenze anerkenne, sie aber lediglich in die Situation des Spendens übertrage, nicht aber in die der Vorsorge, was unter Beachtung des Gleichheitssatzes keinen Sinn ergebe (Stellungnahme Kopetzki).

Die Aufrechterhaltung des Subsidiaritätsprinzips sei nicht begründet und Kopetzki wirft die Frage auf, ob dahinter nicht das Postulat der „Naturnähe“ stehe, indem Nichts technisch bewerkstelligt werden soll, was auf „natürlichem Weg“ möglich sei, was an sich noch „keinen ausreichenden Rechtfertigungsgrund für Grundrechtseingriffe“ darstelle. Darüber hinaus greife das Argument von „gesellschaftlichen Druckszenarien“ durch Technologien nicht, weil sie als „Nebeneffekt jeglicher Handlungsfreiheit des Menschen“ nie ausgeschlossen werden können. Aufgabe des Rechts sieht er darin, „rechtliche Handlungsoptionen“ zu schützen und nicht „sicherheitshalber von vornherein gänzlich zu beseitigen“ (ebd.).

Ad (3): Darüber hinaus findet wiederholt die Kategorie der medizinischen Indikation in der Thematisierung des Gesetzes Eingang in die Argumentation: Frau Heckl vom IMABE verortet das SEF als „Lifestylemedizin“, deren Kern „sozial bedingt“ ist, keiner medizinischen Indikation mehr bedürfe und „der Arzt die Rolle der Herstellung von sozialen Verhältnissen übernimmt“ (Interview Frau Heckl). Das Verbot wird demnach begrüßt und das SEF als Ausdruck einer Wunschmedizin abgelehnt. Gleichzeitig wird erkannt, dass Gesetze nur „Leitplanken“ sind und „keine Kulturen schaffen“ (ebd.). Der ursprüngliche therapeutische Zweck der Medizin gerate immer mehr aus dem Blickfeld und Gesetze können hier Orientierung bieten, aber keinen gesellschaftlichen Umgang begründen. Eben diese Herstellung einer Kultur, die einen anderen Umgang mit Fruchtbarkeit, dem Körper und der Medizin hat, wird von IMABE als defizitär betrachtet (zu diesem Argument siehe Kapitel 5).

In der Stellungnahme des BEK ist des Weiteren zu lesen, dass der Begriff der medizinischen Indikation allgemein unklar sei und „erhebliche Auslegungsspielräume“ offen lasse (Stellungnahme BEK). Beim SEF sei das insofern relevant, als neben den eindeutigen onkologischen Fällen, die das MEF legitimieren, keine Anhaltspunkte dafür gegeben seien, mit welchen Indikationen das SEF zum MEF transformiert werden könne, wie Dr. Faber vom AKH Linz festhält (vgl. Dr. Faber, AKH Linz). Weder inkludiert noch dezidiert ausgeschlossen ist jene Gruppe von Frauen, die eingeschränkte Eierstockreserven haben. Hier bleibt also noch einiges offen, was zum einen in den folgenden Unterkapiteln, zum anderen in Kapitel 5 ausführlicher thematisiert wird.

Wie lassen sich nun die Aushandlungen zum Gesetz in Bezug auf das SEF zusammenfassen?

Zuallererst möchte ich noch einmal festhalten, dass nur wenige Akteur_innen in ihren Stellungnahmen auf SEF eingegangen sind. Ich führe das u.a. darauf zurück, dass das SEF eine Verbotstechnologie bleibt und damit die Auseinandersetzung weitestgehend ausgeblendet werden kann. Außer vereinzelt von Reproduktionsmediziner_innen, die im Verbot eine Beschränkung ihrer ökonomischen Tätigkeit erfahren, äußerte nur der Medizinjurist Kopetzki in unterschiedlichen Artikeln explizit sein Unverständnis gegenüber dem Verbot. Aber auch unter den Reproduktionsmediziner_innen, die grundsätzlich eine Liberalisierung befürworten, finden sich Stimmen, die über das Phänomen des SEF einen kritischen Diskurs zu ART aufmachen, wie ich noch zeigen werde. Prinzipiell positiv werten das Verbot die Vertreter_innen der sozialen Welten Aktivismus und Ethik, die als institutionalisierte Akteur_innen einen gesellschaftlichen Diskurs anstoßen wollen und das Phänomen SEF über diesen Anspruch diskutieren.

Sicherlich nicht unwesentlich für die geringe Beachtung des SEF innerhalb des FMedRÄG war die Aufmerksamkeit, welche den zwei großen Themen PID und Eizellspende, die im Kontrast zum SEF nunmehr erlaubt sind, zuteil wurde. Sowohl die PID als auch die Eizellspende sind schon längere Zeit technisch möglich, werden in anderen Ländern praktiziert und sind seit 2015 in Österreich rechtlich möglich. Die PID als Verfahren zum Testen verpflanzungsfähiger Embryonen auf bestimmte genetische Krankheiten ist aufgrund der unumgänglichen Nähe zu Diskussionen über Eugenik und lebenswertes Leben ein umstrittenes Thema; die Eizellspende ist aufgrund des Aspekts der Ausbeutung/Kommerzialisierung fremder Frauen(körper) ein ebenso strittiges Thema in der Auseinandersetzung mit ART. Dass das SEF neben diesen *hot issues*, die den Stellungnahmen nach gegen großen Widerstand erlaubt wurden, als weiterhin verbotene Technologie weniger Aufmerksamkeit erfährt, darf daher nicht verwundern.

Gerade über die nunmehr erlaubte Eizellspende aber würde sich eine Diskussion über das SEF anbieten, das ja gewissermaßen als Eigeneizellspende verhandelt werden kann. Hier könnte das

SEF durchaus als weniger problematische Alternative gerahmt werden, da einerseits durch die eigenen Eizellen genetisch verwandte Kinder möglich sind und andererseits der Aspekt der Ausbeutung fremder weiblicher Körper wegfällt. Nur Frau Heckl vom IMABE hat, wie bereits dargestellt, diese direkte Bezugnahme vorgenommen und dabei das SEF als „geringeres Übel“ gegenüber der Eizellspende bewertet (Interview Frau Heckl).

Wenig überraschend treten in der sozialen Welt der *Praxis* die frauenzentrierten/individualistischen Positionen stärker hervor, da ihr Hauptbetätigungsfeld der alltägliche Umgang mit Patient_innen ist. Ebenso naheliegend wiegt in diesem Kontext das Argument der individuellen Wahlfreiheit stärker als etwa im bioethischen und aktivistischen Diskurs: Dass das SEF verboten bleibt, bedeutet in der Praxis auch eine Einengung ökonomischer Interessen. Interessanterweise glaubten zwei Akteur_innen fälschlicherweise, das Verbot der Kryokonservierung von Zellen aus präventiven Gründen beziehe sich lediglich auf Eizellen, nicht jedoch auf Samenzellen:

„Ich weiß auch nicht, warum es [das SEF] nicht erlaubt wurde, weil es kann eigentlich jeder Mann sagen, wenn ich jetzt Lust hab, geh ich in ein Institut und sag 'Ok, bitte meinen Samen einfrieren', zahl dafür Lagerungsgebühr für das Aufbereiten und das wars. Und kann das dann mehr oder weniger jederzeit abrufen. Anders ist es leider bei den Frauen.“ (Dr. Brauner, AKH Wien)

„Eigentlich sollte man der Frau schon die Wahl lassen [SEF in Österreich in Anspruch zu nehmen oder nicht]. Es ist eine Sauerei, dass du da eingeschränkt wirst, Männer dürfen ihre Spermien auch einfrieren.“ (Dr. Obereder, Kinderwunschklinik Wels)

Das Argument schließlich, dass Männer ja auch ihre Samenzellen einfrieren dürfen und Frauen somit nicht benachteiligt sein sollten, ist allerdings hinfällig, weil rechtlich das Gebot der medizinischen Indikation sowohl für Samen- als auch Eizellen gilt. Eine Inkonsistenz des Gesetzes am unterschiedlichen Umgang mit Samen- und Eizellen aufzumachen, greift hier also *de facto* nicht. Das bedeutet auch, dass der Gesetzesgeber keinen Unterschied zwischen der Gewinnung von Samen und Eizellen vornimmt, die sich im Aufwand und der körperlichen Belastung allerdings maßgeblich unterscheiden. In Bezug auf die rechtlichen Aushandlungen bleibt dieser Aspekt der Unterschiede zwischen Ei- und Samenzellen, abgesehen von den nicht adäquaten rechtlichen Zuschreibungen, unausgesprochen, er spielt aber eine wesentliche Rolle in den soziomateriellen Aushandlungen zu Fruchtbarkeit und zur Eizelle, wie in Kapitel 5 ausgeführt.

In Hinblick auf eine Inkonsistenz des Gesetzes ist auch auf den Aspekt des Reproduktionstourismus hinzuweisen, der, wie auch in der juristischen Literatur angemerkt (Wendehorst 2015:8), durch die derzeitige rechtliche Lage sicherlich befördert, gleichzeitig thematisch aber nicht aufgegriffen wird. Wie mir Dr. Brauner vom AKH Wien erzählte, wurde

von Reproduktionsmediziner_innen immer schon darauf zurückgegriffen, Patient_innen an Länder mit liberaler Gesetzgebung zu verweisen, teils hätten sich daraus auch länderübergreifende Kooperationen ergeben (Dr. Brauner). Auch das SEF bildet hier keine Ausnahme und ist auch, zumindest von Niederösterreich aus gesehen, nicht mit viel Reiseaufwand verbunden: „Wenn's jetzt die Tschechei hernehmen, da fahrens a Viertelstunde hin“ (ebd.). Dass es sich dabei, zumindest in Bezug auf das SEF, allerdings um Ausnahmen handelt, wurde auch in den Gesprächen mit Akteur_innen der Praxis deutlich. Die geringe Nachfrage wird weniger auf das gesetzliche Verbot als auf fehlendes Wissen zur eigenen Fruchtbarkeit und geringen Vorsorgegedanken zurückgeführt, beides Aspekte, welche die beiden Ärzte des AKH Linz und des Goldenen Kreuzes mit dem Bildungsgrad von Frauen in Zusammenhang bringen (vgl. Dr. Lindner & Dr. Faber).

Als zentralen Punkt der Aushandlungen mache ich die Kategorie der medizinischen Indikation aus, die implizit rechtlich festschreibt, was ART in Österreich zu sein hat: die medizinisch unterstützten Wege der Fortpflanzung werden dann als legitim erachtet, wenn die *natürlichen* Wege nicht funktionieren. Die Entscheidung, die *natürlichen* Wege denen der künstlichen zu bevorzugen, ist im Falle des SEF klar getroffen und damit auch, was als *natürlich* und was als *künstlich* verstanden wird. Erfahren die *künstlichen* Verfahren erst im Krankheitsfall ihre Legitimation, fällt das SEF als präventive Maßnahme in der derzeitigen medizinischen Definition von Unfruchtbarkeit als Option weg. Gleichzeitig laufen in der Kategorie der medizinischen Indikation die Diskurse zum SEF als individuelles und gesellschaftliches Phänomen zusammen: Sie legt fest, wann ein Individuum ART in Anspruch nehmen darf und liefert Aufschluss darüber, wie das gesellschaftliche Verständnis von Medizin und ART rechtlich gefasst werden kann. Auch im FMedRÄG bleibt ein Beschränkungsdiskurs erkennbar, der über den Begriff der medizinischen Indikation den von Interviewpartner_innen beschworenen Aspekt der therapeutischen Rolle der Medizin aufrechterhält, wie auch die Interviewpartnerin aus der BEK feststellt:

„Ich mein, wir haben jetzt ein neues FmedG, sobald wir da nichts geändert werden und eigentlich ist es ja doch kein wahnsinnig wichtiger [Punkt]. Ich frag mich, ob der Punkt so brisant ist, es gibt viele andere Möglichkeiten, wir haben noch immer den medizinischen und therapeutischen Fokus, auch wenn wir jetzt liberaler geworden sind, aber der therapeutische Fokus ist noch massiv da.“ (Frau Schwarz, BEK)

Frau Schwarz der BEK führt die geringe Relevanz des SEF auch darauf zurück, dass durch das Gesetz der therapeutische Fokus der Medizin festgeschrieben wird. Das SEF wurde innerhalb der BEK dann auch nicht als eigenes Thema diskutiert, weil „man unterstützt, was gesetzlich

vorgegeben ist“. Und dies, so Frau Schwarz, sei der sich im Gesetz widerspiegelnde therapeutische Fokus von ART.

Angezweifelt wird der therapeutische Fokus der Medizin insgesamt und im Besonderen der Reproduktionsmedizin von Frau Heckl des IMABE. Zwar gelte das Prinzip der medizinischen Indikation, die Gestaltung der reproduktionsmedizinischen Praxis komme dem ursprünglichen Ziel der Medizin des Heilens und Therapierens von Krankheiten aber nur bedingt nach: So stehe etwa nicht das Heilen von Unfruchtbarkeit bei einer IVF im Zentrum, weil unfruchtbar bleibe man darüber hinaus, sondern die Wunscherfüllung Kind:

„Es geht nicht mehr um die Heilung von Krankheiten, sondern es ist eine wunscherfüllende Medizin geworden. Das Therapeutikum lautet dann das Kind, weil die Frau ist genauso unfruchtbar nachher wie vorher, die ist ja nicht geheilt. Worin besteht die Therapie dann? Du hast dir ein Kind gewünscht, die Medizin hat dir dazu verholfen, aber unfruchtbar bist du vorher wie nachher.“ (Frau Heckl, IMABE)

Die Medizin sei heute geprägt von einer Ökonomisierung. Technologien wie die Kryokonservierung von Eizellen, die für eine kleine Gruppe an erkrankten Frauen vielsprechend sei, werde sodann in eine Dimension der „Lifestylemedizin“ transformiert, um „neue Märkte zu erschließen“ (vgl. Frau Heckl, IMABE). Ursprünglich als Methode für krankheitsbedingte Fälle gedacht, geht dieser Grundgedanke in der Transformation verloren:

„Und wieder kommt die Wunschmedizin, das ist der Kern der Lifestylemedizin, dass es keine medizinische Indikation mehr gibt, warum ich das durchführe, sondern es ist sozial bedingt. Also der Arzt übernimmt die Rolle der Herstellung von sozialen Verhältnissen und ein Patient kann sich viel wünschen, aber er kann sich nicht was wünschen, was medizinisch nicht indiziert ist, weil die Kriterien des Arztes sind diese. Also gut, das ist ausgehöhlt worden, und damit ist ein breites Feld, also warum ausgehöhlt, ich glaube, es werden neue Märkte erschlossen dadurch.“ (ebd.)

Hier kommt deutlich zum Ausdruck, mit welcher Deutungsmacht die Kategorie der medizinischen Indikation ausgestattet ist, und gleichzeitig auch das Verständnis von Medizin, das darin zum Tragen kommt. In Abgrenzung zur Wunschmedizin müsse eine medizinische Indikation vorliegen; beim SEF ist so deutlich wie selten bereits im Namen eingeschrieben, dass die Gründe für den Einsatz der Technologie soziale Verhältnisse sind.

Dr. Faber aus dem AKH Linz steht dem Begriff der Wunschmedizin allerdings skeptisch gegenüber und kritisiert eine allzu leichte Vereinnahmung durch Kritiker_innen von ART. Mit dem Begriff der medizinischen Indikation ist nämlich gleichzeitig auch festgeschrieben, was die Wunschmedizin konstituiere:

„Da sind wir genau bei dem Punkt, ab wann ist es eine Wunschbehandlung, ist es für Patientinnen vor einer Chemotherapie eine Wunschbehandlung? Ist es für jemanden der Fußball spielt und sich sein Kreuzband reißt, er kann nicht mehr Fußball spielen, ist das auch eine Wunschoperation? Nein, da wird alles gemacht, damit er wieder Fußball spielen kann. Frustranter Kinderwunsch ist nach der WHO eine

Erkrankung. Also da ist ein enormes Ungleichgewicht, das aus meiner Sicht mit keiner Rationalität zu erklären ist, aber es ist so. Beim Social Egg Freezing natürlich könnten Sie sofort Bedarf schaffen, wenn Sie sagen, wir können den Kinderwunsch erhalten und das zu einem günstigen Preis, dass wir einen Zulauf hätten. Angebot schafft Nachfrage.“ (Dr. Faber, AKH Linz)

Der Begriff der Wunschmedizin für den Einsatz von Reproduktionsmedizin stelle den Status der Unfruchtbarkeit als Krankheit in Frage, was Dr. Faber durchaus als problematisch sieht und als nicht rational erklärbar bezeichnet. Die Kategorisierung von Medizin versus Wunschmedizin, die ebenso in der Differenzierung zwischen *Medical Egg Freezing* versus *Social Egg Freezing* zum Ausdruck kommt, bedeutet schließlich auch eine Bewertung von Krankheiten und Differenzierung in Patient_in und Kund_in, die beim SEF deutlich hervortritt und nicht zuletzt auch ökonomische Konsequenzen mit sich bringt. So werden selbst die Kosten für das medizinisch indizierte Einfrieren von Eizellen nicht von den Krankenkassen übernommen:

„Das medizinisch indizierte [Egg Freezing] ist keine Kassenleistung und damit hier die Kosten in der Höhe sind. Bei uns zum Beispiel ist das so, dass wir das für medizinische Indikationen aufgrund unseres öffentlichen Eigentümers kostenfrei machen, vor einer Chemotherapie. Genauso ist es bei der Eizellentnahme, aber das geht nur, weil es nicht so viele sind und wir brauchen sehr harte Indikationen. Die Kassen sind auf das gar nicht aufgesprungen, für die ist das eine Wunschbehandlung, so wie die gesamte Kinderwunschbehandlung eine Wunschbehandlung ist, die nur teilweise unterstützt wird.“ (ebd.)

Hier setze die Differenzierung zwischen Wunschmedizin und therapeutischer Medizin seitens der Krankenkassen schon bei der Zuschreibung als Kinderwunschbehandlung an, die laut Dr. Faber des AKH Linz insgesamt zu wenig als medizinisches Problem wahrgenommen werde. Die öffentlichen Krankenhäuser seien somit mit der Linie, dass es sich um keine Wunschbehandlung handelt, finanziell und in der Auslegung auf sich gestellt.

In den Diskursen zum Gesetz treten die spezifischen gesellschaftlichen Ansprüche zur Regelung von ART hervor. Das FMedRÄG stellt einen gesellschaftlichen Kompromiss dar und an dieser Stelle habe ich die markanten Positionen in Hinblick auf das FMedRÄG herausgearbeitet. Das Zustandekommen des Gesetzes und die Positionierungen unterschiedlicher Akteur_innen betrachte ich im Sinne der SA als eine Arena, in der unterschiedliche soziale Welten aufeinandertreffen und am Diskurs zum SEF beteiligt sind. Die zentralen Themen der Aushandlungen betreffen hierbei eine am Verbot des SEF festgemachte Kritik am Gesetz, die Frage inwieweit das SEF befreiend und selbstermächtigend sein kann und zu guter Letzt, was von dem Konzept der medizinischen Indikation zu halten ist.

Was das SEF in der konkreten Zusammenwirkung mit dem Gesetz ausmacht, offenbart in meiner Lesart eine spezifisch technopolitische Kultur, welche auf die Einbettung der Technologien in gesellschaftliche Strukturen, Ideale und Wertvorstellungen verweist. Dass das

SEF in Österreich etwa verboten bleibt, ist abhängig von einem vorherrschenden Verständnis von ART als unterstützende Maßnahme im Falle körperlicher Dysfunktionalität oder Anomalität, wie die Analyse der Kategorie der medizinischen Indikation aufgezeigt hat. Darüber hinaus ist auch erkennbar, welche Rolle der Medizin in der Herstellung von Familie und der Art von Familie zukommen soll: Die Inanspruchnahme von ART für alleinstehende Frauen etwa bleibt weiterhin untersagt, was letztlich im Verbot des SEF konsequent weitergeführt wird. Gleichzeitig zeigt sich, dass Kategorien wie Wunschmedizin oder medizinische Indikation keine starren Kategorien sind, die rechtlich eindeutig festlegbar sind, sondern gesellschaftlichen Dynamiken unterliegen.

4.2. Erklärungen: Das SEF als Hilfsmittel einer emanzipierten und alternden Gesellschaft

In diesem Teil möchte ich der Frage nachgehen, aufgrund welcher Aspekte die Akteur_innen der sozialen Welten eine gesellschaftliche Relevanz des SEF ableiten. Die Überschrift verweist bereits auf die zwei maßgeblichen Dimensionen, die im Diskurs zum SEF virulent werden: (1) der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung von Frauen und Männern und (2) sich verändernde Geschlechterrollen. Längere Ausbildungszeiten und die Berufstätigkeit von Frauen, gekoppelt an eine hohe Lebenserwartung für Frauen¹ führen dazu, dass sich die unterschiedlichen Lebensphasen, einschließlich dem Kinderkriegen, nach hinten verschieben. Diese demographischen Veränderungen offenbaren eine Diskrepanz zwischen den biologisch fruchtbarsten Jahren einer Frau (die bei 20-30 Jahren Lebensalter liegen)² und dem Alter, in dem Frauen heute vornehmlich Kinder bekommen (ab 29 Jahren)³. Dr. Brauner aus dem AKH Wien sagt dazu:

„(...) die Problematik ist in meinen Augen, wenn man das Glück hat, um das 30. Lebensjahr oder früher einen Partner kennen zu lernen, wo alles passt, den man heiratet oder eine Lebensgemeinschaft daraus entsteht und irgendwann der Beruf soweit fixiert ist und das Finanzielle passt, und dann entschließt man sich halt zu Kindern, dann kriegt man vielleicht auch noch Kinder auf natürliche Art, ohne künstliche Befruchtung, dann ist das Leben komplett. Nur so schaut die Realität ja nicht aus, viele haben einerseits den Druck, zuerst den Job fertig zu machen, Karriere zu machen, den auch nicht unterbrechen zu können mit einer Schwangerschaft“ (Dr. Brauner, AKH Wien).

¹ In Österreich liegt die Lebenserwartung für Frauen bei 83 Jahren und soll bis zum Jahr 2030 auf 86 Jahre ansteigen. (Quelle: orf.at, 22.2.2017, URL 5). 1992, zur Zeit des Inkrafttretens des ersten FmedG, lag sie für Frauen bei 79 Jahren (Quelle: Statistik Austria 2018).

² Vgl. Broekmans et al. 2007.

³ 2014 lag das Durchschnittsalter einer Frau beim ersten Kind bei 29 Jahren, 1984 noch bei 24 Jahren (vgl. Stockinger et al. 2016).

Als Reproduktionsmediziner ist Dr. Brauner mit diesen idealisierten Vorstellungen der biographischen Lebensplanung konfrontiert. Eine fehlende Partnerschaft, fehlende finanzielle Ressourcen, unzureichende Etablierung in beruflicher Hinsicht, das alles können Elemente sein, die der Erfüllung des Kinderwunsches im Wege stehen. Die idealisierte biographische Lebensplanung kollidiert dann letztlich mit den biologischen Gegebenheiten der weiblichen Fruchtbarkeit, und das SEF kann korrigieren, was die Evolution verabsäumt habe:

„Das, was die Evolution ja nicht geschafft hat in meinen Augen, Frauen und Männer, wir werden ja alle älter, grad die Damen werden älter, das Kinderwunschalter und die Fertilitätskurve weiter hinaufzunehmen, die ist ja auch mit 52 stehen geblieben und da ist dieses Einfrieren von Eizellen natürlich schon ein Thema. Weil einerseits haben viele keinen Partner in der Phase, wo es passt, und sind halt dann soweit, dass es selber nicht mehr funktioniert“ (Dr. Brauner, AKH Wien)

Zwei Punkte werden hier von Dr. Brauner für die Verschiebung des Kinderwunsches angeführt: Zum einen die Bildungswege von Frauen, in Zusammenhang mit dem SEF vor allem medial oftmals als Karriere machen gerahmt, zum anderen die Partnerwahl¹. Tatsächlich scheint das SEF aber weniger entlang der Achse Beruf-Familie als entlang der Achse Partner-Familie relevant zu sein, wie die Anthropologin Marcia Inhorn (2017) für die USA untersuchte. Dabei stellte sie fest, dass sich die Partnersuche für Frauen aufgrund eines demographischen Ungleichgewichts in puncto Bildungsniveau schwieriger gestaltet: Zu viele gut gebildete Frauen treffen auf zu wenige Männer mit gleichem Bildungsabschluss (ebd.: 6ff). Ob das für Österreich und andere europäische Länder in gleichem Maße zutrifft, müsste anhand statistischer Untersuchungen ausgewertet werden und kann hier nicht beantwortet werden. In jedem Fall ist aber zu beobachten, dass der mediale Diskurs zum SEF weitaus mehr an das Thema Beruf/Karriere gekoppelt ist als an das Problem fehlender Partner. Gestärkt wurde dieses Narrativ der Karrierefrau, wie es in den deutschsprachigen Medien in Zusammenhang mit dem SEF gebildet wird, sicherlich auch dadurch, dass das Thema nach dem Vorstoß von Google und Facebook, ihren Mitarbeiterinnen das SEF zu zahlen, medial aufgegriffen wurde.

Dabei merkte Dr. Faber vom AKH Linz an, dass solch ein Diskurs eine gesellschaftlich wenig emanzipatorische Dimension aufweist, wenn nicht die strukturelle Erleichterung für Frauen, Familie/Kinderkriegen und Beruf zu vereinbaren, im Zentrum der Argumentation steht, sondern die individuell-technische Option:

„(...) ob man den Frauen wirklich was Gutes tut, das sind Sachen, die man fairerweise mitüberlegen muss. Zu sagen, ok, jetzt frieren wir Eizellen ein und jetzt arbeitest du mal 20 Jahre und danach schauen wir, ob ihr Kinder bekommt. Ob dass das Ziel einer Frauenbewegung ist, das muss man hinterfragen, und ob

¹ Das SEF wird in den Diskursen als Option für heterosexuelle Frauen thematisiert, daher ist in diesem Zusammenhang von Partnerwahl zu lesen.

nicht das Ziel sein sollte, den Frauen in frühen Jahren neben Beruf und Ausbildung zu ermöglichen, ohne Chancenverlust Kinder zu bekommen.“ (Dr. Faber, AKH Linz)

Diese strukturelle Ebene der Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielt in den Diskursen zum SEF eine überaus geringe Rolle. Zwar wird medial das Bild des SEF als emanzipatorisches Moment von berufstätigen, karriereorientierten Frauen getragen, aber es wird kaum danach gefragt, ob nicht strukturelle Möglichkeiten abseits von ART zur Stärkung dieser Vereinbarkeit beitragen können. Frau Heckl vom IMABE führt das auf die frauenzentrierte Verortung des Phänomens zurück:

„Was stört mich in Österreich, hier geht mir der feministische Diskurs ab, den haben wir ganz stark in Frankreich in Richtung neoliberales Denken, Ausbeutung der Frau, das SEF als Instrument der Familienplanung oder als Karriereplanung, wälzt quasi am Rücken des Körpers der Frau Probleme ab anstatt hier diese Fragen gesellschaftspolitisch anzugehen. Es wird an Individuen abgewälzt und an welchen, natürlich den Frauen. (...) Also eigentlich habe ich mit dem SEF die Botschaft an die jungen Frauen, friert eure Eizellen an, treibt eure Karriere voran, verschiebt eure Partnerwahl, weil schwanger werden könnt ihr später noch, das unterliegt alles nur der persönlichen Entscheidung und Verantwortung.“ (Frau Heckl, IMABE)

Es fehle in Österreich der feministische Diskurs, der sich kritisch zu den individualistischen Tendenzen von ART zu Wort melde und auch strukturelle und ideologische Dimensionen miteinbeziehe, so die Interviewpartnerin.

Konträr dazu wird das SEF von Dr. Brauner im AKH Wien als emanzipatorisches Moment rezipiert und der Aspekt der weiblichen Ermächtigung über die Entlastung der biologischen Uhr hergestellt. Es wird als Möglichkeit gerahmt, den Zugzwang, unter dem Frauen aufgrund biologischer Eigenschaften stehen, entgegenzuwirken und so auch die Gleichstellung von Mann und Frau voranzutreiben:

„Wir Männer sind ja gut aufgestellt, da braucht man ja nur in die Medien schauen, dass Männer aufgrund eines hohen Lebensalters noch immer gesunde Kinder produzieren können mit dem eigenen Samen. Bei der Frau ist das anders, da ist natürlich die biologische Uhr.“ (Dr. Brauner, AKH Wien)

Im Erleben von (Un)Fruchtbarkeit tritt eine geschlechtliche Ungleichheit hervor, wobei Frauen im Gegensatz zu Männern eine konkrete Endlichkeit erfahren. Die Auflösung der tickenden biologischen Uhr in Form des SEF kann nun von der Verantwortung der begrenzten weiblichen Fruchtbarkeit, der Partnersuche und der Schwierigkeit, Beruf/Karriere und Familiengründung zu vereinen, entlasten.

Es werden also grundsätzlich divergierende Kausalitäten von den Akteur_innen in der Rezeption des SEF als Technologie in Stellung gebracht: Das SEF als technologische Anpassung an die Verschiebung des Alters, in dem Frauen Kinder kriegen, wird als Reproduktion der Ausbeutung

der Frau verhandelt (Frau Heckl, IMABE). Daneben wird ein weibliches Bedürfnis nach späterem Kinderkriegen konstatiert, wobei die technische Anpassung an die Verschiebung als Liberalisierung von Lebensstilen gedeutet wird (Dr. Brauner, AKH Wien; weiter oben auch Kopetzki).

Die Technologie als Reproduktion der Ausbeutung ist dabei an die Annahme der *natürlichen* Zeit des Kinderkriegens gekoppelt, ebenso aber die Technologie als Liberalisierung, die von der *natürlichen* Zeit emanzipiert. Die *natürliche* Zeit des Kinderkriegens wird nicht etwa länger oder gar in Frage gestellt, das emanzipatorische Moment besteht in der Anerkennung und einer technischen Anpassung an die *natürliche* Zeit. Es gibt damit gewissermaßen eine emanzipatorische Lücke, weil eine anti-natürliche bzw. künstliche, feministische Position fehlt, wie sie zum Beispiel Firestone (1970) in den 70er Jahren, als die Auseinandersetzungen mit ART in den Sozialwissenschaften noch am Anfang standen, oder gegenwärtig Haraway (1984, 2016) präsentiert. Bei Haraway und Firestone dienen Technologien als Werkzeuge am Weg zu revolutionären Zielen (Franklin 2013: 73). Bei Firestone werden die Möglichkeiten von ART insofern als ermächtigend rezipiert, als sie von eben dieser *Natur* der Frau, die einen Unterdrückungsmechanismus begründet, befreien und eine selbstermächtigende Kontrolle über Reproduktion ermöglichen.

4.3. Abwägungen: Das SEF als Gradmesser für den gesellschaftlichen Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit

In diesem Abschnitt thematisiere ich das SEF als Phänomen, in welchem gesellschaftliche Vorstellungen zum Umgang mit der weiblichen Fruchtbarkeit virulent werden. Ich subsumiere hier die aus den Daten hervorgehenden Positionen, die sich abseits einer individuell nachvollziehbaren Entscheidung zum SEF mit dem SEF als Spiegelung gesellschaftlicher Prozesse befassen. In diesen Positionen tritt oftmals eine kritische Betrachtung gesellschaftlicher Entwicklungen zutage, denen das SEF als medizinisch-technische Option nur bedingt nachkommen kann.

Die reproduktionsmedizinische Praxis als Ort der körperlichen Herstellung oder Nachjustierung von Fruchtbarkeit bietet einen geeigneten Ausgangspunkt, um den weitreichenden Diskursen zu (Un)Fruchtbarkeit nachzuspüren. Schließlich sind hier jene Expert_innen versammelt, deren alltägliches berufliches Handeln sich um dieses Thema zentriert. Aber auch oder gerade hier sind die Akteur_innen mit den Dynamiken und der Unschärfe von dem, was Fruchtbarkeit ist und zu sein hat, konfrontiert, wie in den Interviews deutlich wird. Zwar werden die technische Machbarkeit und deren Handhabung in der Behandlung als mittlerweile sehr erfolgreich

bewertet, dennoch stoßen die Akteur_innen in der Praxis regelmäßig auch an die Grenzen, (Un)Fruchtbarkeit zu fassen, wie in der folgenden Aussage:

„Das ist ein biologisches System, das von so vielen Faktoren abhängt (...), es sind so viele Faktoren, die wir selber gar nicht beeinflussen können.“ (Dr. Obereder, Kinderwunschklinik Wels)

Die Fruchtbarkeit wird beim SEF vornehmlich über die Eizelle ausgehandelt, denn sie steht im Zentrum der Behandlung und bildet auch abseits des SEF den determinierenden Faktor, an dem die begrenzte weibliche Fruchtbarkeit medizinisch festgemacht wird. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass sie als materiell erfassbare Einheit nicht gänzlich über die weniger oder gar nicht fassbaren Faktoren für (Un)Fruchtbarkeit hinwegtäuschen kann:

„Wenn man wirklich ziemlich sicher sein will, braucht man 100 Eizellen. Man hat aber keine 100 prozentige Sicherheit, selbst bei jungen Frauen mit den schönsten Eizellen hat man maximal 50-60%. Das ist das Problem, was viele Leute haben, sei es beim SEF oder IVF, auf die Art, man haut oben 8000 Euro rein und unten bekommt man das Wunschkind.“ (ebd.)

In der Kinderwunschklinik in Wels bringt Dr. Obereder zwei wesentliche Aspekte miteinander in Verbindung: Die weibliche Fruchtbarkeit wird erstens als hochkomplexes System wahrgenommen, dessen Funktionieren nur bis zu einem gewissen Grad verstanden und behandelt werden kann. Weiß man medizinisch nicht, wieso eine Frau nicht schwanger werden kann, wird auf diese Komplexität und die psychologischen Faktoren verwiesen, wie Frau Schwarz von der BEK anmerkt:

„Da gibt's ja Stimmen, die sagen: Wenn die Frauen keine psychischen Probleme hätten, wenn sie früh genug anfangen würden, wenn sie den optimalen Partner hätten. Also es gibt ja auch die Erkenntnis, dass Frauen nach einer IVF problemlos ein 2. Kind bekommen, d.h. es ist völlig unklar, woher diese Unfruchtbarkeit kommt.“ (Frau Schwarz, BEK)

Die angesprochene Komplexität ist eine Mischung aus unbekannten Parametern und dem schwer fassbaren, weil nicht messbaren, Einfluss psychischer Prozesse auf die Fruchtbarkeit.

Zweitens sei die reproduktionsmedizinische Praxis mit dem Anspruch konfrontiert, Sicherheiten gegen Geldleistung zu schaffen. Die Praxis bekomme eine gesellschaftliche Erwartungshaltung der Patient_innen zu spüren, die für Dr. Obereder nicht unproblematisch sei und auf eine gewisse Schieflage verweise:

„Es ist eine spannende Geschichte, wie sich das Selbstverständnis, es ist eine witzige Entwicklung, die wir in den letzten Jahren vermehrt haben, es wird alles viel selbstverständlicher für die Leute, dass man alles kaufen kann, so kommt mir das vor, die Konsumgesellschaft sind wir.“ (Dr. Obereder, Kinderwunschklinik Wels)

In der Praxis treffe die Ärztin auf diese Vorstellungen der Herstellbarkeit eines fruchtbaren Zustands, der für sie in dem „unbedingten Haben-Wollen“ als teilweise „wahnhaft“ bezeichnet

wird (ebd.). Auf eben diese Erwartungshaltung als gesellschaftlichen Zustand wird auch in den sozialen Welten außerhalb der Praxis eingegangen, etwa im aktivistischen Kontext des Vereins Aktion Leben:

„Ich hab schon das Gefühl, dass es die Vorstellung gibt: Kinder sind machbar, also dass grundsätzlich vieles machbar ist und dass auch erwartet wird, dass das machbar ist.“ (Frau Felber, Aktion Leben)

Alle sozialen Welten eint ein Unbehagen an dem Gefühl der vermeintlichen Sicherheitsherstellung und des Haben-Könnens, welches den Menschen die technischen Möglichkeiten suggeriere. So sagt der Kinderarzt der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Dr. Lukas:

„Heute kannst du sagen, alles ist möglich, alles ist machbar, alles ist zu kriegen, wenn man nur das nötige Geld und die nötigen Connections hat.“ (Dr. Lukas, Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)

Die „Technikgläubigkeit“ (ebd.) begünstige eine gesellschaftliche Vorstellung von Machbarkeit, die im Falle des Kinderkriegens für ihn nicht nur technisch unzureichend sei, sondern auch in Hinblick auf das Kindeswohl als moralisch fragwürdig gelten könne. Die technisierte Fortpflanzung ersetze die „Buntheit des Lebens“ und das „Unplanbare“ der Fortpflanzung durch eben diese Machbarkeit, an deren Ende ein „Produkt“ stehe, das „alle Erwartungen erfüllen soll, schließlich hat man dafür gezahlt“ (ebd.).

Frau Heckl bezeichnet das als „wir haben die kulturelle Kompetenz verloren, mit ungewollter Kinderlosigkeit umzugehen“ (Frau Heckl, IMABE) und als Verkennen von natürlichen Grenzen:

„(..) wie kam es zu so einer Haltung gegenüber dem Kinderkriegens? Ich glaube natürlich schon, dass 40 Jahre Reproduktionsmedizinkultur hat uns schon geprägt, nämlich im Sinne einer Haltung des Kindermachen-Könnens und einer einseitig technischen Lösungsstrategie. Das ist eine Gefahr, glaube ich, dass Elternschaft machbar ist durch Medizin. So sind wir aufgewachsen, daran glauben wir, jetzt ist eine neue Option aufgetaucht, die aber dazu führt, dass man viel zu spät anfangt, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen (...), und dann fällt es uns insgesamt schwer, Grenzen anzuerkennen, Grenzen zu entdecken, die uns auch helfen. Auch eine zeitliche Grenze kann helfen, Entscheidungen zu fällen.“ (ebd.)

Die hier angesprochene Auseinandersetzung mit sich selbst bildet ein zentrales Moment des Diskurses um das SEF und die Fruchtbarkeit. Sie ist in dem Zitat bezogen auf die Angst vor Lebensentscheidungen. Die technische Machbarkeit verschiebe diese zeitlichen Grenzen, die eine Auseinandersetzung mit sich selbst aufwerfen würden, sie sei aber trügerisch, wie auch Dr. Faber, feststellt:

„Das Social Egg Freezing ist ein Versprechen der Medizin 'Jaja, wir kümmern uns schon drum', aber damit kann man kein gesellschaftspolitisches Problem lösen, das ist nicht realistisch. Und das wäre es aber, Social Egg Freezing löst ein gesellschaftspolitisches Problem, indem wir sagen, 'jaja, Frauen können schon arbeiten bis sie umfallen, weil den Kinderwunsch können wir eh noch erfüllen'. Damit würden wir ein gesellschaftspolitisches Problem nicht gesellschaftspolitisch lösen, was Sinn der Politik und der

Gesellschaft ist, sondern wir sagen, das soll die Medizin lösen. Das führt ja auch dazu, dass wir den Frauen suggerieren, dass wir mit der Medizin den Kinderwunsch jederzeit unterstützen können. Das ist auch etwas, wo man den Frauen die Möglichkeit vorgaukelt, wir könnten, was dann plötzlich doch nicht geht.“ (Dr. Faber, AKH Linz)

Das SEF stehe hier als medizinisches Angebot im Raum, das gesellschaftspolitische Probleme lösen soll, dieses Versprechen aber nicht einhalten könne. Auf die Auseinandersetzung mit sich dem eigenen Körper zurückkommend, lässt sich festhalten, dass die sozialen Welten *Ethik*, *Aktivismus* und *Praxis* die Annahme eint, dass in Bezug auf ART und Fruchtbarkeit gewissermaßen unklare bzw. falsche Vorstellungen herrschen, welche die Reproduktionsmedizin mitproduzieren, aber an dessen Ansprüchen sie ebenso kränkt. Diese unklaren Vorstellungen setzen sich zusammen aus mangelndem Wissen über die weibliche Fruchtbarkeit, deren Komplexität ebenso wie ihre zeitlichen Grenzen, und dem Glauben an technische Ersatzleistungen.

Spannend ist dies nun im Falle des SEF in besonderem Maße, weil es die eingeschriebene Logik der technischen Option mit körperlicher Auseinandersetzung vereint: Das SEF setzt ja in seiner Grundidee bereits fundiertes Körperwissen voraus. Es setzt eine Bewusstwerdung des gesellschaftlichen Körpers, der sich den Entwicklungen des späteren Kinderkriegs, der schwierigen Partnersuche oder des Verschiebens von Lebensphasen nicht entziehen kann, ebenso voraus wie des biologischen Körpers mit seiner abnehmenden Fruchtbarkeit.

In diesem Körperwissen, so meine These, laufen die ausgeführten relevanten Dimensionen zusammen: Alle sozialen Welten beklagen auf die eine oder andere Art und Weise ein mangelndes Bewusstsein für bzw. Wissen über den fruchtbaren Körper. In der Praxis ist dies konkret bezogen auf die *biologischen Fakten* der weiblichen Fruchtbarkeit und im Besonderen der qualitativen und quantitativen Abnahme der Eizellen. Daraus resultiert unter anderem, dass Ärzt_innen in der Praxis mit Ansprüchen konfrontiert ist, die nicht erfüllt werden können.

Die aktivistische und ethische Welt machen dies auch an einer als von einem hegemonialen Machbarkeitswahn geprägten Medizin fest. Darin spiegelt sich auch eine geringe Auseinandersetzung mit dem Funktionieren des fruchtbaren Körpers und den natürlichen Grenzen wider. Der Umgang mit weiblicher Fruchtbarkeit wird über die medizinische Praxis geführt als Kontrolle der Fruchtbarkeit in Form der Schwangerschaftsvermeidung oder als Herstellung oder Aufrechterhaltung der Fruchtbarkeit in Form von ART.

Das kennzeichnet aber über alle sozialen Welten hinweg den gesellschaftlichen Umgang mit Fruchtbarkeit: Die Pille etwa wird als Element rezipiert, das eine körperliche Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit gewährleistet, gleichzeitig aber auch deren körperlichem Kennenlernen und

Erleben im Weg steht. In der Praxis bedeutet dies, dass Frauen nach jahrelanger Einnahme der Pille ihren fruchtbaren Körper nicht kennen und nicht damit umzugehen wissen, so Dr. Lindner:

„Man muss wissen, dass, wenn man heute zwischen dem 17. und dem 37. Lebensjahr konsequent verhütet, blendet man ein sehr, sehr langes Intervall an Fruchtbarkeit aus (...). Weil viele kommen zu uns und haben katastrophale Blutwerte und sagen dann ‚Ich bin jetzt 43 ich hab nicht gewusst, dass das so dramatisch ist‘.“ (Dr. Lindner, Goldenes Kreuz)

Das heißt, in der Praxis werde in vielen Fällen auf etwas reagiert, was aus aktivistischer und bioethischer Perspektive einem gesellschaftlichen Umgang mit Fruchtbarkeit und dem Kinderkriegen geschuldet sei, wie Frau Felber anmerkt:

„Auch in der Sexualpädagogik geht es so stark um Schwangerschaftsvermeidung, Verhüten, ja nicht schwanger werden. Fruchtbarkeit als etwas Positives zu erleben, kommt wenig vor.“ (Frau Felber, Aktion Leben)

Fruchtbarkeit werde gesellschaftlich vornehmlich über Verhütung, Sexuallykrankheiten und Schwangerschaftsvermeidung thematisiert, wie alle Akteur_innen konstatieren. Infolgedessen werde ein positives Körpergefühl der eigenen Fruchtbarkeit gegenüber unterbunden:

„Wenn Aufklärung nur darin besteht, Verhütungsmethoden zu lernen, so wächst man auf und dann nehmen die Frauen 10-20 Jahre die Pille, die kennen ihren Körper gar nicht, die wissen gar nicht, wer sie sind.“ (Frau Heckl, IMABE)

“Das Wissen über Fruchtbarkeit wird nicht transportiert. Das Wissen über Verhütung und Krankheiten wird sehr wohl transportiert, immer geht es um Verhütung, aber es wird nie gesagt ‚Passt auf euch auf‘.“ (Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin)

Das SEF stellt nun insofern ein hybrides Phänomen dar, als in der Nutzung auf ein biologisches Körperwissen zurückgegriffen wird, um den biologischen und gesellschaftlichen Körper einander anzunähern. Letztendlich aber funktioniert dies im Rahmen des SEF nur, indem der fruchtbare weibliche Körper biomedikalisiert wird, d.h. die Fruchtbarkeit als medizinisches Phänomen oder Problem so gerahmt wird, dass sich daraus medizinische Handlungs- und Wissensoptionen ableiten lassen. Im Kontext des SEF werden nämlich, so zeige ich in Kapitel 5, die als mangelhaft und einseitig kritisierten vorherrschenden Fruchtbarkeitsdiskurse tatsächlich erweitert und neuartig konnotiert. Der Diskurs bewegt sich dabei weg von einem Verhütungs- und Ausblendungsdiskurs hin zu einem, in dem die Fruchtbarkeit über Technologien des Selbst bewusst erlebt und ausgelebt werden kann. Dies findet über eine medizinisch-biologische Anerkennung der Fruchtbarkeit und nicht länger nur der Unfruchtbarkeit als medizinisches Problem, statt; beim SEF kommt diese Anerkennung der Fruchtbarkeit in den soziomateriellen Aushandlungen zur Eizelle und zum Anti-Müller-Hormon zum Ausdruck.

Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass alle Positionen im Kern auf einen *natürlichen, biologischen* Körper referenzieren: Jegliche Form der Kontrolle, der Intervention, des Kennenlernens oder der Emanzipation basiert auf dieser Annahme der gegebenen Abnahme, also der *natürlichen* Zeit des Körpers und der Fruchtbarkeit.

4.4. Zusammenfassung

Was sind nun meiner Erkenntnis nach die wesentlichen Merkmale der technopolitischen Kultur, die das SEF rahmen? Mit dem Begriff der technopolitischen Kultur spüre ich der Verwobenheit von Technologien und Gesellschaft nach, wobei folgende Dimensionen sichtbar werden: Das SEF ist ohne eine Beachtung der rechtlichen, politischen, historischen oder sozialen Dimensionen nicht zu denken, es kann schlicht kein *Social Egg Freezing* sein, wenn eine Differenzierung dieser Art gesellschaftlich nicht bedeutsam wäre. Meiner Analyse nach hat diese Differenzierung folgende Bedeutungen:

Erstens legt die Genese des FMedRÄG 2015 offen, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen sich das SEF in Österreich behaupten muss: Dreh- und Angelpunkt hierbei ist das Konzept der medizinischen Indikation, welches ART nur unter dem Gesichtspunkt der Ultima-ratio als legitim erachtet, d.h. wenn keine anderen Möglichkeiten als ART zur Verfügung stehen. Damit ist entschieden, dass das SEF in Österreich unter dieser Bezeichnung momentan keine Chance hat, auch weil eine neuerliche Änderung des Gesetzes nicht absehbar ist.

Zweitens zeigt sich aber, dass dieses Konzept der medizinischen Indikation über die Aushandlungen von Fruchtbarkeit in Prozesse verwickelt ist, an deren Ende sehr wohl eine Legitimierung des SEF stehen kann. Wird nämlich die *natürliche* Abnahme der weiblichen Fruchtbarkeit als Gefahr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft anerkannt, das heißt prinzipiell die weibliche Fruchtbarkeit als medizinisches Problem definiert, eröffnen sich Handlungsräume, in denen die medizinische Indikation neue Bedeutungen erfährt.

Damit ist die Arbeit an dem Punkt angelangt, an dem das SEF als Ausdruck einer Biomedikalisierung der Fruchtbarkeit klar zu erkennen ist. Sie kommt beim SEF in einem modifizierten Verständnis vom Körper zum Ausdruck, wie es im Konzept der Biomedikalisierung enthalten ist: In der Herstellung von Risikofaktoren und -gruppen wird der bisher als gesund geltende Körper zu etwas Fragilem erklärt, dessen Aufrechterhaltung durch gewisse Praktiken und Technologien des Selbst dem Individuum übertragen wird. Der gesunde Körper selbst wird zum Ort biomedizinischer Intervention, getragen von einer individualisierten, moralischen Verantwortung zur Gesundheit (Clarke et al. 2003: 171).

Darüber hinaus zeigt sich auch, welche weniger expliziten normativen Ansprüche und Wertvorstellungen (von Natürlichkeit) in die Aushandlungen zum SEF eingeschrieben sind: Gänzlich unhinterfragt bleibt etwa, dass das SEF als Technologie die Option zu genetisch verwandten Kindern aufrechterhalten soll. Martin (2010: 533) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass der englische Begriff *fertility preservation* irreführend ist, weil eine Frau, die später ihre eigenen eingefrorenen Eizellen verwendet ebenso unfruchtbar ist wie eine Frau mit Spenderinneneizellen. Was richtigerweise aufrechterhalten werde, sei demnach nicht die Fruchtbarkeit, sondern die genetische Verwandtschaft mit dem Kind. In der Bedeutung des SEF und des MEF verortet Martin neben dem *reproductive imperative* einen *genetic imperative*, der letztendlich auch ein Verständnis von Fruchtbarkeit konstituiert, dem die genetische Verbindung als „gold standard of motherhood“ zugrunde liegt (ebd.: 540).

Ebensowenig wird thematisiert, welche Beziehungsnorm im SEF eingeschrieben ist. Die Aushandlungen zeigen, dass das SEF als Technologie der heterosexuellen, partnerlosen Frauen verhandelt wird. Im Zusammenspiel mit der derzeitigen rechtlichen Lage lässt sich daran ablesen, dass das Kinderkriegen für Frauen mit ART ohne Partnerschaft keine unterstützenswerte Option darstellt. Das über das SEF auch Vorstellungen von Familie, Partnerschaft und Kinderkriegen verhandelt werden, mag angesichts der Tatsache, dass es sich um eine Technologie der Reproduktion handelt, naheliegend erscheinen. Gerade aber an diesen ausgeklammerten Diskursen, den *sites of silence* (Clarke 2003: 561), lässt sich ablesen, wie wenig diese Kategorien tatsächlich in Frage gestellt werden.

Felt et al. (2010: 528) verweisen in ihrer Klärung des Begriffs der technopolitischen Kultur unter Beachtung von Latour and Akrich darauf, dass die Trennung von dem, was als Natur und was als Kultur in einer Gesellschaft rezipiert wird, schon per se eine politische Entscheidung ist. Die IVF als assistierte Reproduktionstechnologie etwa wird als „helfende Hand natürlicher Vorgänge“ gerahmt, tatsächlich aber ist sie weniger eine unterstützende, helfende als Prozesse wie den weiblichen Zyklus ersetzende Praxis (Franklin 2006: 549). Das SEF wiederum wird als Möglichkeit verstanden, den *natürlichen* Wunsch nach eigenen Kindern entgegen rezenter gesellschaftlicher Trends aufrechtzuerhalten. Es soll eine Krücke bieten, die *natürlichen* Prozesse bis zu einem gewissen Grad aufzuhalten, um sie später fortsetzen zu können. Franklin spricht in diesem Zusammenhang vom „paradox of IVF“ (ebd.: 549f): Das biologische Erklärungsmodell, das basierend auf den „biological truths“ (ebd.: 548) der reproduktiven Vorgänge auch erst durch das Wissen um diese Vorgänge die Intervention in Form der IVF ermöglicht, gerät paradoxerweise im Rahmen einer IVF ins Wanken. Wenn sich die auf diesem Erklärungsmodell beruhenden reproduktiven Vorgänge nämlich nicht von selber einstellen (und man als

unfruchtbar gilt), soll die IVF diese Brüche in der Erklärung und Erfahrung durch den Einsatz von Technologien glätten. Gleichzeitig hält Franklin fest, dass die Patient_innen dann aber auf weniger zufriedenstellende Erklärungsmodelle für ihre Unfruchtbarkeit treffen und ein Blick auf die Erfolgswahrscheinlichkeiten einer IVF die Brüche keinesfalls ausräumt (ebd.: 548). Mit diesem „paradox of IVF“ (ebd.) verweisen Franklin wie Felt et al. (2010) darauf, dass Technologien keine bedeutungsleeren Instrumente sind, die nur auf ihren Zweck reduziert werden können und die überall gleich funktionieren, sondern sie werden in ihren jeweiligen Kontexten zu etwas gesellschaftlich Bedeutungsvollem:

„(...) technologies are not standardized packages that remain the same whenever they are transferred. Rather, their specific local configurations are the outcome of negotiations, and they have no fixed meaning beyond their cultural embedding.“ (Felt et al. 2010: 528)

In das SEF als Technologie sind, so habe ich aufgezeigt, spezifische gesellschaftliche Diskurse zum Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit eingeschrieben, die stetig verhandelt werden. Schon in der Entstehung einer Technologie sind implizit gesellschaftliche Moral- und Wertvorstellungen eingeschrieben. Die IVF kann mit Franklin als „process of embodied investments in specific cultural values“ (ebd.: 549) verstanden werden; der Glaube an die Wissenschaft und den Fortschritt bildet solch einen kulturellen Wert. Beim SEF verhält es sich nicht anders, wie ein Blick auf jene Zeitspanne, in dem die Technologie die nunmehrige Relevanz erfahren hat, verdeutlicht: Dass das SEF bzw. die Kryokonservierung von Eizellen wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren hat, hängt wesentlich mit der hochpolitisierten Debatte um Embryonen, deren Schutz und den Diskussionen um den Beginn menschlichen Lebens zusammen. Die *Notwendigkeit* zum SEF wird auch wissenschaftlich über den höheren Stellenwert von Embryonen hergestellt, wobei dieser Status unverkennbar politisch-religiöse Dimensionen aufweist; die unterschiedlichen Standpunkte zum Beginn menschlichen Lebens verschieben damit die Grenze von Natur/Kultur.

Gleichzeitig ist nicht zu übersehen, dass sich *Natur* als Differenz zu *Kultur* nicht auflöst: Die prinzipielle *Natürlichkeit* der Fruchtbarkeit und der reproduktiven Vorgänge wird nicht in Frage gestellt, sondern bildet als Ausgangspunkt der verschiedenen Argumentationsstränge die zentrale Kategorie. Für die Herstellung von Differenzen bleibt das *Natürliche* durch Prozesse der Naturalisierung, De-Naturalisierung und Re-Naturalisierung entscheidend (Franklin 2003: 68). In den Aushandlungen zum SEF werden die Prozesse der Re-Naturalisierung sichtbar, weil die Technologie eine der *natürlich* abnehmenden Fruchtbarkeit angepasste ist und sich jeder Diskurs, ob befürwortend, kritisch oder ablehnend, dieser Naturalisierung der Fruchtbarkeit bedient.

Im Reden über das Erkennen und Verkennen *natürlicher* Grenzen, das Akzeptieren dieser Grenzen und der daraus abgeleiteten Notwendigkeit, einen gesellschaftlichen Umgang abseits

von ART zu finden (vgl. Frau Heckl, Dr. Lukas, Frau Felber), ist dies ebenso zu erkennen wie in den Ausführungen zur biologisch-natürlichen Abnahme der weiblichen Fruchtbarkeit und den technischen Möglichkeiten, dieser natürlichen Abnahme entgegen gesellschaftlicher Trends beizukommen (vgl. Kopetzki, Dr. Brauner, Dr. Faber).

5. Vermessene Fruchtbarkeit: Der Kern des SEF

Kapitel 5 führt die Analyse der empirischen Daten unter der Kodier-Kategorie *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* zu den zwei beim SEF wesentlichen körperlichen Bezugspunkten für Fruchtbarkeit fort: Anhand der hier untersuchten Aushandlungen zum Anti-Müller-Hormon (AMH) und zur Eizelle diskutiere ich die Soziomaterialität der beiden Elemente. Diesen beiden Elementen wird in der sozialen Welt der Praxis eine wesentliche Rolle im *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* zugeschrieben, die sich in der Herstellung des Fruchtbarkeitsdetektors von *Ivary* materialisiert.

Zuerst nehme ich in Referenz zu Kapitel 3 eine kurze historische Kontextualisierung des wissenschaftlichen Werdegangs der Eizelle vor und diskutiere die Eizelle als machtvollen Ort der Potentialzuschreibungen (5.1). Als Bindeglied zwischen Fruchtbarkeit und Eizelle stelle ich sodann das AMH in den Mittelpunkt, das in den letzten Jahren zur Vermessung von weiblicher (Un)Fruchtbarkeit vermehrt wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfährt und zur Entwicklung des Fruchtbarkeitstools *Ivary* geführt hat (5.2). Diese unterschiedlichen Dimensionen der Aushandlungen zu Fruchtbarkeit und dem SEF bringe ich dann in der Zusammenfassung in 5.3 mit theoretischen Überlegungen zu den Technologien des Selbst zusammen.

5.1. Die Eizelle: Biologische Wahrheiten, diskursive Wahrheiten

Die Eizelle, als größte Zelle des menschlichen Körpers gerade noch mit freiem Auge erkennbar, ist nicht nur Hauptakteurin beim Social Egg Freezing, sondern bildet per se das zentrale Element jeglicher Fruchtbarkeitsbehandlung, die am weiblichen Körper ansetzt. Das macht sie zu einer höchst spannenden materiellen Einheit: Welches Potential ist in ihr eingeschrieben? Wie wird sie heute, wie wurde sie vor hundert Jahren gedacht? Ausgehend von der Überlegung, dass die Eizelle ein für die Fruchtbarkeit und die Reproduktion determinierendes *biologisches Faktum* bedeutet, kann sie als einer der sogenannten „facts of life“ (Franklin 2012: 37) kontextualisiert werden: Im Sinne einer „Anthropology of Biomedicine and Bioscience“ werden die *biologischen Fakten* auf ihre gesellschaftliche und soziale Relevanz hin befragt. In der Untersuchung der Eizelle, wie auch im weiteren Verlauf des AMH, möchte ich diese Relevanz anhand der unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen und dem über sie geschaffenen Wissen offenlegen. Dies geschieht anhand einer Geschichte der Eizelle als medizinisches Objekt, der Aushandlungen in der sozialen Welt der *Praxis*, und theoretischen Überlegungen zum Potentialbegriff.

Im Rahmen des SEF als Technologie der Konservierung von Eizellen bildet die Eizelle den Dreh- und Angelpunkt: Sie wird aus ihrem körperlichen Umfeld in ein anderes Medium

überführt, um ihre Verwertung, ihre Nützlichkeit und ihre Qualität zu sichern. Das SEF macht die Eizelle mit all ihren erkannten Eigenschaften zum Objekt und zum Mittelpunkt der Fruchtbarkeitserhaltung: Ist die Eizelle an einem vermeintlich sicheren Ort außerhalb des Körpers im Gefrierschrank, ist die Fruchtbarkeit potentiell bewahrt. Diesem Ansatz geht die Erkenntnis voraus, dass die Eizellenreserve einer Frau zum einen endlich ist, zum anderen in unterschiedlichen Phasen des Lebens unterschiedlich schnell abnimmt. Das bildet die Grundlage für allerlei Ausführungen zu Wissensaneignung, Kontrolle, Management und Risikoeindämmung in Bezug auf den weiblichen Körper, seine Fruchtbarkeit und seine wertvollen Eizellen.

5.1.1. Genese: Auf dem Weg zum Objekt

Die Eizelle galt lange Zeit als schwierig fassbares Element im Körper der Frau. Zwar wurden, wie in Kapitel 3 dargestellt, von Schenk und Heape Experimente mit tierischen Eizellen vorgenommen, diese standen aber in einem embryologischen Kontext und hatten zur damaligen Zeit noch nichts mit einer Unfruchtbarkeitsbehandlung zu tun (vgl. Schreiber 2007, Bernard 2014). Im Gegensatz zum Sperma, welches relativ früh (wenn auch wenig erfolgreich) im Rahmen der Insemination in der reproduktionsmedizinischen Praxis Anwendung fand, war die menschliche Eizelle aufgrund ihrer Position in der Tiefe des Körpers und ihrer mühsamen Gewinnung und Entnahme wenig ergiebig für Forschung und Experimente (vgl. Bernard 2014: 382). Mit der Zusammenarbeit von Labor- und Klinikpraxis, wie ich das im Fall von John Rock, Gregory Pincus und Miriam Menkin in Kapitel 2.1.3 nachgezeichnet habe, begann die sogenannte „Eierjagd“ (ebd.: 384), mit dem Ziel, Eizellen aus chirurgisch entfernten Geweberesten zu gewinnen, um diese für Forschungszwecke zu verwenden. Damit war ein erster großer Schritt getan, um die Eizelle aus ihrem Schattendasein zu holen. Zwei weitere maßgebliche Schritte folgten in den 1970er Jahren mit dem Einsatz der Laparoskopie und der Hormonstimulation (ebd.: 396). Die Hormonstimulation sorgt dafür, dass nicht wie üblich ein Follikel pro Zyklus heranreift, sondern je nach Alter der Frau zwischen 2-12 Eizellen entnommen werden können. Die Laparoskopie wiederum macht eine wenig invasive Entnahme dieser herangereiften Follikel möglich. Diese beiden Möglichkeiten bilden das Fundament für das, was heute unter IVF verstanden wird. Mit der Transformation der Eizelle zum produzierbaren und direkt aus dem Körper entwendbaren Element ist später auch das SEF am Möglichkeitshorizont erschienen.

Die Eizelle als „herstellbares Objekt“ (Bernard 2014: 397) bleibt aber gewissermaßen eine Illusion, weil die große Krux, und das ist der Kern des SEF, ihre Nicht-Reproduzierbarkeit ist. Als herstellbares Objekt bezieht sich Bernard dabei auf die Möglichkeit zur Entnahme durch die Laparoskopie und zur Visualisierung durch Ultraschall sowie auf die Möglichkeit, durch

hormonelle Stimulation mehr Eizellen als ansonsten üblich heranreifen zu lassen. Sie kann aber insofern nicht hergestellt werden, weil nur die bereits mit der Geburt feststehende Anzahl an Eizellen verfügbar ist. Zwar gibt es Spekulationen darüber, ob Eizellen nicht im Laufe des Lebens einer Frau neu produziert werden, aber es bleibt vorerst bei Vermutungen.¹ Es ist genau diese Eigenschaft, die das Einfrieren der Eizellen zu solch einer attraktiven Option macht: der Status der Eizelle als mit der Geburt festgeschriebenes, limitiertes Gut, das im Laufe des Lebens, vor allem ab dem 30. Lebensjahr, abnimmt.

5.1.2. Multipel verortetes Potential

Angelehnt an Lees (2013) Verwendung des Begriffs Potential, analysiere ich Aushandlungen zur Eizelle als Bedeutungszuschreibungen, denen gesellschaftliche Vorstellungen zum und im Umgang mit dem weiblichen Körper inhärent sind. So tritt etwa deutlich zutage, dass sich die Eizelle in der Zuschreibung von Potential deutlich von Spermazellen unterscheidet; diese Differenzierung leitet Handlungsoptionen wie das SEF an und legitimiert die technische Intervention auf Basis vergeschlechtlichter *biologischer Fakten*.

Zwar bezieht sich Lee in ihrer Untersuchung zu genetischen Tests auf ein anderes Verfahren und auf andere *biologische Fakten*, der analytische Wert der Kategorie Potential legt aber eine Übertragung auf die Eizelle nahe:

„Potential defined as embedded with latent qualities that may realize future utility or revelation is often interpreted as synonymous with possibility, capability, and power (...). The notion of biological potential evokes the technological and capitalist pursuit of its release from its putative dormant state inside the body.“ (ebd.: 78)

Gerade beim SEF wird die Eizelle als mit lebensbegründenden und -formenden Qualitäten ausgestattet behandelt, welche in die Zukunft projiziert Relevanz erfahren: Sie soll in einem Stadium entnommen und außerhalb des Körpers konserviert werden, in dem sie qualitativ hochwertig ist, um das Potential der jungen Eizelle in späteren Jahren, in denen der gealterte Körper bereits weniger potentialvoll ist, zu entfalten. Darüber hinaus können multiple, weniger offensichtliche Potentialzuschreibungen ausgemacht werden, welche die Eizelle als machtvolle politische, soziale, aber auch wirtschaftliche Akteurin konstituieren. Demnach dienen mir Potentialzuschreibungen als Linse, diesen sozioökonomischen Bedeutungen und Erwartungen, die in den Aushandlungen zur Eizelle hervortreten, nachzuspüren.

Ausgangspunkt aller Potentiale der Eizelle ist ihre zugrundeliegende Eigenschaft, für (menschliches) Leben sorgen zu können. Abbildung 6, gefunden auf der Facebook Seite des in

¹ Bei Mäusen wurde 2009 von Forscher_innen aus China nachgewiesen, dass Stammzellen neue Eizellen produzieren können (siehe z.B. Maher 2009).

Kapitel 5.2 untersuchten Fruchtbarkeitstools *Ivary*¹, verweist mit einer Analogie zum Hühnerei auf die Bedeutung der „Eier“:



Abbildung 6: Die Notwendigkeit der Eier, gesehen auf der Facebook Seite von Ivary

In ihrer Bedeutung könne die Eizelle gar nicht überschätzt werden; sie werde aber, so die Interviewpartner_innen aus der Praxis, kontinuierlich unterschätzt, wie das wenig verbreitete Wissen um ihr Potential zeige.

Wie gestaltet sich nun aber dieses Wissen um die Fruchtbarkeitsabnahme anhand der Eizelle?

Dr. Lindner vom Goldenen Kreuz erklärt, man könne sich den Prozess der Fruchtbarkeitsabnahme als stetiges Abbuchen von einem Eizellenkonto vorstellen: Bereits mit der Geburt sei die Eizellenanzahl mit etwa 1-2 Millionen festgelegt, am Anfang der Pubertät seien davon noch etwa 500 000 übrig. Der Beginn des Monatszyklus in der Pubertät setze dann ein stetiges Abbuchen in Gang:

„5000 Eizellen werden abgebucht und fangen zu wachsen an. Die ersten drei Monate dieses Wachstums ist das ein kleiner Kampf, ganz lokal im Eierstock, da ist kein Hormon drüber kommandiert, das macht das irgendwie [da ist noch kein Hormon im Spiel], sondern da rempeln sich die Eizellen gegenseitig aus dem Rennen und es bleiben nach 3 Monaten 20-30 über – jetzt haben Sie eine Monatsblutung, die Sie als Beginn des Zyklus empfinden, in Wahrheit geht der aber schon seit drei Monaten. Aus den 20-30 wird eine Eizelle ausgesucht, also es gehen hier 4970 verloren, hier 29 für diese eine Eizelle und während das passiert, geht im Hintergrund dieser Prozess schon los. Also ständig werden Eizellen aus diesem Konto abgebucht, das können sie auch nicht aufhalten. Was sich dann verändert, ist, wenn der Kontostand bei ungefähr 50 000 Eizellen ist, beginnt der Eierstock ein Sparprogramm, um die Anzahl der losgeschickten Eizellen auf 1000 zurück zu nehmen, dann kommen aber nach 3 Monaten nicht mehr 20-30 an, sondern nur mehr 12. Dann geht das Sparprogramm weiter, am Schluss werden es noch weniger. Also wichtig ist, er versucht möglichst lange eine Eizelle freizusetzen, weil dadurch besteht immer noch die Möglichkeit, schwanger zu werden, aber aus wie vielen er ursprünglich diese eine Eizelle generiert, das verändert sich stark.“ (Dr. Lindner, Goldenes Kreuz)

¹ URL 7.

Entscheidend für die Fruchtbarkeit sei also der Pool an Eizellen, aus dem sich eine Eizelle im Kampf gegen andere durchsetzen müsse; je größer die Konkurrenz, desto besser die Qualität der Eizelle. Zwar bestehe auch bei geringem „Kontostand“ noch prinzipiell die Möglichkeit zur Schwangerschaft, aber die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt bzw. Fehlbildungen nehme zu (ebd.).

Als Gradmesser für die Fruchtbarkeit bildet die Eizelle den letztlich entscheidenden Faktor ab, ob es zur Reproduktion kommen kann oder nicht. Der natürliche Zyklus der Frau wird dabei gerahmt als Kampf der Eizellen gegeneinander, im Bild des Sparprogramms aber auch als Kampf des Körpers gegen den Verfall des Systems. Mit diesem Wissen ausgestattet, erfährt die Eizelle die Beschränkung des Potentials in der Endlichkeit. Fruchtbarkeit in Form der Eizelle bilde dann „(...) ein Gut, das Sie verwalten müssen und zwar bewusst und schlau“ (ebd.). Bemerkenswert ist in den Aussagen von Herrn Lindner die Deutung der reproduktiven Vorgänge unter Verwendung eines klar ökonomischen Vokabulars. In den Bildern der Eizelle als *knappes Gut*, des Eierstocks als *Konto*, dem *Abbuchen* oder dem *Sparprogramm* tritt der Körper als ökonomisch handelnder Akteur hervor.

Der Begriff des Potentials eignet sich hier, weil in den Zuschreibungen und im Erklärungsmodell der weiblichen Fruchtbarkeit in der Praxis die Eizelle als Ort vorhandener Qualitäten und Möglichkeiten anerkannt wird und im Rahmen des SEF in und für die Zukunft durch technologische Intervention freigesetzt wird. Mit den vorhandenen Qualitäten müsse sodann „bewusst und schlau“ umgegangen werden, damit auch eine individuelle Anerkennung des Potentials stattfinden kann, wie es beim SEF implizit ist.

Darüber hinaus manifestieren sich in den Zuschreibungen durch die Akteur_innen der Praxis spezifische Potentiale, welche den Wert der Eizelle über die Abgrenzung zum Spermium aushandeln. Schon allein in der Komplexität und mit dem, was technisch möglich sei, würden sich die beiden Zellen unterscheiden, so Dr. Wolfmayr von *Ivary*:

„Die Samenzelle ist nur zu einem Prozess da: Die Genetik, den haploiden Chromosomensatz in die Eizelle zu schaffen, zu nichts weiter. Die Eizelle dagegen ist eine Maschinerie von verschiedensten Sachen, unglaublich.“ (Dr. Wolfmayr, Ivary)

Die simple Aufgabe der Samenzelle, den Chromosomensatz in die Eizelle zu bringen, wird den komplexen Aufgabenfeldern der Eizelle gegenübergestellt. Diese Komplexität der Eizelle erkläre letztlich auch, was technisch möglich sei: Wohingegen eine Samenzelle lediglich nachgebaut werden müsse, spricht Dr. Wolfmayr bei der Eizelle von Kreation:

„Einen Mann wirst du viel eher ersetzen können als die Frau, eine Eizelle nachzubauen, halleluja, wer das schafft. Eine Samenzelle nachzubauen, geht jetzt schon. Eine Eizelle zu kreieren, geht nicht.“ (ebd.)

Die Komplexität der Eizelle erkläre schließlich auch, dass die Kreation noch fern jeglicher praktischer Umsetzung liege.

Im Gespräch mit Dr. Wallner, einer auf Endokrinologie spezialisierten Wiener Gynäkologin, wird die Eizelle sowohl epigenetisch als auch im Anteil der genetischen Weitergabe als höher bewertet als die Samenzelle (vgl. Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin). So stecke in der Eizelle mehr genetische Information, die über ein zukünftiges Leben mitbestimme, als im Spermium. Und auch der epigenetische Aspekt wird für die Eizelle deutlich formuliert:

„Ich bin mir sicher, dass die Eizelle ein ganz sensibles Organ ist für Raucherschäden, da bin ich mir zu 100% sicher, das sagen ganz viele. Und all die jungen Frauen, die mit 14, 15 zum Rauchen anfangen, schädigen bereits ihr zukünftiges Kind. Das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen, das ist eigentlich schwer fahrlässig. Wie kommt der zukünftige Vater dazu, der gesund gelebt hat und eine 10-Jahre Raucherin als Freundin hat, mit der soll er jetzt ein Kind haben, na gute Nacht. Es werden genetische Fehler einprogrammiert in die Eizelle, die Mutter macht wissentlich etwas, was dem Kind schadet, heftig.“ (ebd.)

Die Bewunderung für die Eizelle ist groß, impliziere aber auch eine Verantwortung, wie Dr. Wallner festhält: Die Lebensstilfaktoren, vor allem in Bezug auf Rauchen, würden direkt in das Potential einer Eizelle eingeschrieben und über zukünftiges Leben entscheiden. Die Aussage eines Gynäkologen, den ich als Patientin besucht habe, macht dies in einer Imagination der Eizelle als „fahl und ledrig“ fest, wenn die Eizelle ähnlich wie die Haut als innerer Spiegel lebensstiltechnischer Entscheidungen identifiziert wird:

„Sie kennen das vielleicht, wenn Frauen viel rauchen und ihre Haut so fahl und ledrig wird. Genau so schaut eine Eizelle dann auch aus, fahl und ledrig. Das Äußere spiegelt sich wirklich in der Eizelle.“
(Aussage eines Gynäkologen, Feldnotizen 23.3.2017)

Die Ökonomie der Eizelle, die Dr. Lindner vom Goldenen Kreuz weiter oben beschrieben hat, verlangt nach einem ökonomischen Lebensstil, nach einem dementsprechenden angepassten Verhalten.

Das SEF identifiziere ich als Ausdruck dieser Potentialerkennung, auch wenn die eben genannten Aushandlungen der Gynäkologin von ihr selbst als öffentlich nicht wirksam beschrieben werden, weil gewisse Dinge nicht beforscht und öffentlich diskutiert werden können:

„Das traut sich niemand zu untersuchen. Wenn sie so eine Studie machen, sie werden verbrannt als Hexe, man darf nicht sagen: passt auf eure Eizelle auf, die Kinder kriegen viel mehr mit genetisch von der Mutter als vom Vater.“ (Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin)

Das betreffe sowohl die (epi)genetische Verantwortung, die man als Frau mit der Eizelle in sich trage, als auch, aber weitaus weniger, die Auswirkungen von Konsumverhalten auf die Samenqualität des Mannes.

Abgesehen von den Verwertungszusammenhängen für die eigene Fruchtbarkeit, die eine (epi)genetische Verantwortung für zukünftige Kinder impliziert, lassen sich noch andere Zuschreibungen identifizieren, die das SEF zukünftig prägen können. Die dargestellten Ausführungen um das biologische Potential einer Eizelle finden eine Fortsetzung in den ökonomischen Zusammenhängen, die das SEF in Hinblick auf gelagerte und nicht verwendete Eizellen mit sich bringen kann. Jene Eizellen nämlich, die nicht für die Behandlung herangezogen werden, sind dennoch mitsamt ihrem Potential gelagert und stehen prinzipiell zur Potentialentfaltung bereit. Mit der Weitergabe an andere, sei es zur Erzielung einer Schwangerschaft oder aber zu forschungstechnischen Zwecken, eröffnen sich weitere Kontexte zur Potentialentfaltung. Diese beiden Aspekte der Weitergabe ordne ich den Diskussionen um Kommerzialisierung und Kommodifizierung von Körperteilen zu (vgl. Hadolt 2017, Ikemoto 2009). Beide Begriffe dienen zur Beschreibung von Prozessen, in denen Körperteile der Marktlogik folgend zur Ware und Ressource werden (Hadolt 2017: 345). Als Charakteristikum einer „Körperökonomie“ gilt die Verwertung des Körpers durch seine diskursive Transformation: mittels technischer Praktiken etwa werden einzelne Körperteile objektiviert und der Körper fragmentiert (ebd.). Die Eizelle wird durch die Entnahme und Kryokonservierung zur Ware, wenn sie, mit hohem Wert ausgestattet, im Rahmen der Eizellspende oder für Forschungszwecke weitergegeben wird.

Im Falle der umstrittenen Stammzellenforschung ist allgemein bekannt, dass dafür Embryonen benutzt werden; auf der Hand liegend aber weniger explizit thematisiert wird dabei, dass jedem Embryo eine Eizelle vorausgeht, die befruchtet wurde: Die Stammzellenforschung beruht auf der Verwendung von befruchteten Eizellen. Worin sich die Diskussionen um Eizellen und Embryonen aber maßgeblich unterscheiden, sind ihre Potentialzuschreibungen in der Entwicklung zu menschlichem Leben. Einer der Hauptgründe für die Rahmung der Stammzellenforschung als ethisch fragwürdig oder verwerflich ist das einem Embryo zugesprochene Potential, zu menschlichem Leben zu werden oder es bereits zu sein.

Der Eizelle wird dieses Potential nicht zugeschrieben, was in der Diskussion um das SEF auch dazu führt, dass das Einfrieren von Eizellen als weniger problematisch angesehen wird als jenes von Embryonen. Wie Singer und Dawson (1988: 88) festhalten, stellt die Entwicklung von ART diese Grundannahme aber in Frage: Sie fragen danach, ob das Argument des Potentials für die beiden Möglichkeiten der Embryoentwicklung innerhalb des Uterus und in einer Zellkultur im Labor gleichermaßen gilt und Potential somit unabhängig vom Kontext begriffen werden kann.

Während ein Embryo im weiblichen Körper eine gute Chance hat, sich zu einem Kind zu entwickeln, hat die einzelne Eizelle nur dann diese Chance, wenn es zum Geschlechtsakt kommt (ebd.: 89). Im Labor verändert sich diese Situation aber maßgeblich, weil sich das Potential sowohl der Eizelle als auch des Embryos nur in Abhängigkeit menschlicher Intervention entfalten kann, dem Wissen, den Fähigkeiten und Fertigkeiten von Expert_innen (ebd.: 89). Ein Embryo kann zwar bis zu einem gewissen Stadium in einer Zellkultur wachsen, aber nur durch einen Transfer in den weiblichen Körper zu einem Kind werden. Damit ändern sich auch die *biological truths* (Franklin 2006), die vor ART für einen Embryo gegolten haben: Der „deliberate act“ (Singer/Dawson 1988: 90), der vormals nur für die Eizelle nötig war, trifft mit ART auch auf den Embryo zu. War der Embryo vor ART etwas, dass sich ohne Zutun zum Menschen entwickeln werde, wird er bei einer IVF nur durch menschliches Handeln und selbst dann nur mit geringer Wahrscheinlichkeit zu einer Person. Sie argumentieren weiter, dass gerade die Möglichkeit zum Einfrieren die Eizelle in der Laborsituation zu einer ebenso potentiellen Person transformiert, wie dies für den Embryo gilt (ebd.: 93). Die beiden Autor_innen schließen daraus, dass das Potential von körperlichen Materialitäten von den Kontexten geprägt ist, in denen sie sich befinden. Durch ART hat sich das Potential sowohl für die Eizelle als auch für den Embryo verändert, was laut den Autor_innen nicht zuletzt Konsequenzen für die Stammzellenforschung mit sich bringt, weil sich der moralische Status des Embryos nicht mehr über das ihn abgrenzende Potential der Menschwerdung ableiten lässt (ebd.: 104).

Diese Überlegungen von Singer und Dawson und die Ausführungen meines Interviewpartners vom Goldenen Kreuz zum System des weiblichen Zyklus und dem stetigen Abbau von Eizellreserven legen nun eine weitere Dimension offen: Lässt sich die Eizelle im Labor ebenso als potentieller Mensch rahmen, multipliziert das SEF dieses Potential sogar noch, indem es das Programm des Körpers im Umgang mit Eizellen gewissermaßen überlistet. Haben im Körper tatsächlich nur sehr wenige Eizellen das Potential zur Menschwerdung im Falle der Befruchtung durch eine Spermazelle, sind außerhalb des Körpers alle Eizellen prinzipiell mit diesem Potential ausgestattet.

In jedem Fall kann dieses Potential der Eizelle im Labor im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung in die Stammzellenforschung übertragen werden. Zwar werden beide Kontexte selten direkt miteinander in Verbindung gebracht, wie die Bioethikerin Lisa Ikemoto (2009) feststellt, der Zusammenhang und auch die Abhängigkeit liegen aber auf der Hand: Die Nicht-Herstellbarkeit der Eizelle macht sie auch in der Stammzellenforschung zu einem höchst kostbaren Gut; dieses Gut wiederum wird für die Forschung aus den Resten der reproduktionsmedizinischen Praxis erlangt. Damit ist die Eizelle sowohl bei ART als auch in der

Forschung in Prozesse der Kommodifizierung und Kommerzialisierung involviert und schafft eine materielle Verbindung zwischen den zwei Bereichen Forschung und Praxis.

Das Potential der Eizelle schreibt sich auch über diese verzweigten Bedeutungs- und Verwertungszusammenhänge ein, die Ikemoto ausmacht (ebd.: 779): Die Zusammenhänge reichen dabei von der Weitergabe/Verkauf der eigenen Eizellen im Rahmen einer Eizellspende, vom Transfer in die Forschung bis zur Lagerung in Biobanken.

Wie die ausgeführten Beispiele zeigen, umspannen die Potentialzuschreibungen diverse Kontexte und Bedeutungen und tragen multiple soziale und ökonomische Implikationen. Die Potentialzuschreibungen verstehe ich als Aushandlungsprozesse, in denen die Eizelle mit Bedeutungen aufgeladen wird, die ein spezifisches, der biomedizinischen Logik entsprechendes Verständnis von Körper(teilen) modellieren: Biologisches Potential wird als etwas Fragiles und Flüchtliges gerahmt, das Körperwissen und Expertise benötigt (Lee 2013: 78). Technologien gelten dabei als wichtiges Instrument zur Erkundung und Ausschöpfung biologischen Potentials. So auch beim SEF, welches das der Eizelle eingeschriebene Potential nicht nur durch technologische Intervention und Aufbewahrung außerhalb des Körpers sichert, sondern auch Diskurse um das Wissen der Potentiale anregt.

Außerhalb des Körpers liegend birgt die kryokonservierte Eizelle die Möglichkeit zur Schwangerschaft, wenn die körpereigenen Möglichkeiten ausgeschöpft oder erschöpft sind, die Offenheit befruchtet zu werden (im Gegensatz zum Embryo, wo sich die männliche DNA durch die Spermazelle bereits eingeschrieben hat), und schließlich die Möglichkeit zur Weitergabe in unterschiedlich gelagerte ökonomisierte Kontexte.

Mit Taussig et al. (2013) verstehe ich daher Potentialzuschreibungen als politischen Akt:

„(...) we argue that articulations of potential typically enact politics by working on and through morality, by making claims on us to do something.“ (ebd.: 6)

Die Autor_innen begreifen Potentialzuschreibungen als politischen Prozess, in dem Körperteile als potentialvoll gerahmt werden und diese Potentiale als präsoziale Tatsachen naturalisiert werden, die erst durch technologische Errungenschaften entdeckt, hervorgeholt und genutzt werden (ebd.: 7); gleichzeitig tauchen durch die Potentialzuschreibungen Handlungsoptionen auf. Im Rahmen des SEF hat sich die Eizelle als solch potentialvoller Ort erwiesen. Die Möglichkeit zur Kryokonservierung bleibt nicht folgenlos, die Eizelle wird zum zentralen Element eines vorsorgenden Umgangs mit Fruchtbarkeit und dem eigenen Körper. Sie spiegelt nicht nur, wie im Zitat am Anfang des Kapitels dargestellt, die Schädlichkeit des Rauchens wider, sondern auch gesellschaftliche Vorstellungen zum Körper: als reproduktiver, als gesunder und kranker, als

verantwortungsbewusster oder vernachlässigter sowie als kommodifizierter Körper. In gewisser Weise treffen im SEF all diese Formen aufeinander; die Ausführungen im nächsten Kapitel konkretisieren diese Formen anhand eines Beispiels aus der Praxis.

5.2. Das Anti-Müller-Hormon: Der Fruchtbarkeitscountdown

In folgendem Kapitel gehe ich auf die Bedeutung des Anti-Müller-Hormons (AMH) zur Fruchtbarkeitsmessung in der reproduktionsmedizinischen Praxis ein. Im AMH und der für die Praxis relevanten Verwendungsmöglichkeit treten spezifische Bedeutungszuschreibungen zutage, die maßgeblich den Diskurs um Fruchtbarkeit und das SEF prägen. Es zeigte sich, dass dieses Hormon in der Praxis das Verbindungsglied zwischen den Eizellen und dem Zustand der Fruchtbarkeit ist und zum gegenwärtigen Verständnis von Fruchtbarkeit wesentlich ist.

Wir leben, so der Mediziner und Theologe Johannes Huber, „im Zeitalter hormoneller Innenpolitik“ (Feldnotiz, Vortrag 22.1.2017), an anderer Stelle titelt die Wochenzeitung *Die Zeit*, dass Hormone die „Dirigenten unseres Lebens“ (Heinrich/Rehermann 2013) sind. In vielfältiger Weise stellen Hormone im Jahr 2018 ein fundamentales Erklärungsprinzip physischer und psychischer Prozesse und Befindlichkeiten dar. Als biochemische Botenstoffe zeichnen sie sich nach neuestem Wissenstand für verschiedenstes verantwortlich: Von der physischen über die psychische Gesundheit bis zur körperlichen Schönheit, sichtbar an den Parametern Haare, Haut oder Gewicht, überall findet man in den Erklärungsmodellen ein Zusammenspiel verschiedener Hormone. Hormone erklären und in erster Linie erklären sie den weiblichen Körper. Die Aufmerksamkeit, die der weibliche hormonelle Körper erfährt, ist ungleich größer als die für den männlichen hormonellen Körper, wie sich allein an der Bedeutung der Fachgebiete Gynäkologie und Andrologie ablesen lässt und wie ich im Folgenden zeigen werde.

Oudshoorn (1994) skizziert in ihrem Buch „Beyond the natural body“ die Geschichte der Hormone, oder besser der Hormonforschung und zeigt die komplexen Verhältnisse zwischen den Auffassungen von Geschlecht, dem Körper und deren gesellschaftliche Modellierung in jenem Zeitraum, in dem Hormone zu einer anerkannten wissenschaftlichen Kategorie wurden.

Mit der Einführung von Hormonen als wissenschaftliche Kategorie innerhalb der Physiologie Anfang des 20. Jahrhunderts wurde das Paradigma vorherrschend, chemische Reaktionen im Körper als Fundament von Organismen zu begreifen (ebd.: 16ff). Damit wurde ein Ansatz etabliert, welcher die Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht biologisch anhand der Hormone erklären konnte: Als chemische Agenten des Geschlechts verstanden, bildeten die Hormone der Gonaden den Ausgangspunkt der Männlichkeit beziehungsweise

Weiblichkeit (ebd.). Die wissenschaftliche Verankerung folgte durch eine Kategorisierung in zwei Geschlechtshormone: Dass die zwei Geschlechter als binär begriffen wurden, kam zwar nicht erst durch die Einführung der Hormone auf, verstärkte aber eine materiell-biologische Verortung dieses Ansatzes (ebd.: 22ff.).

Im Feld der ART finden die technischen Verfahren und die Erklärungen des weiblichen Körpers gegenwärtig über Hormone statt: Die Funktionalität des Körpers wird durch hormonelle Aktivitäten reguliert und kontrolliert und gipfelt in dem für Frauen hochkomplexen Prozess der Reproduktion. Der weibliche Körper wird dabei in der Praxis weitaus stärker als hormonell begriffen als der männliche. Dies bestätigte sich in den Gesprächen in der reproduktionsmedizinischen Praxis:

„Der Mann hat in Wirklichkeit kein Hormonsystem, das ist ein monströser, einfacher Wecker, und wir [die Frauen] sind eine Schweizer Präzisionsuhr. Schauen sie sich das an, was sich da tut, hormonell gesehen, Eierstock, Gebärmutter, die Temperatur erhöht sich, da tut sich wahnsinnig viel, kein Vergleich. Der Mann ist wirklich ganz ein einfach gestricktes Hormonwesen.“ (Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin)

Wie bereits in den Aushandlungen zur Eizelle dargestellt wurde, wird der weibliche Körper auch über die hormonelle Verortung als komplexer begriffen und vom männlichen abgegrenzt (vgl. auch Dr. Wolfmayr, Ivary).

Anhand des AMH und seinen Verwertungszusammenhängen analysiere ich, wie der weibliche hormonelle Körper heute ausgehandelt wird und welche Konsequenzen sich daraus ergeben.

5.2.1. Auf der Suche nach der verbleibenden Zeit

Das AMH dient in der reproduktionsmedizinischen Praxis neben dem hinlänglich bekannten FSH (Follikelstimulierenden Hormon) und dem LH (Luteinisierendes Hormon) der Bestimmung des Fruchtbarkeitsstatus. In den letzten Jahren gewann es zunehmend an wissenschaftlicher Bedeutung (vgl. Broekmans et al. 2007, Grossman et al. 2017, Dayal et al. 2014) und erfährt in der Entwicklung des *Ivary*-Tests einen für die Praxis relevanten Höhepunkt. Der Diskurs um die weibliche Fruchtbarkeit ist in der medizinischen Praxis stark geprägt von Vergänglichkeit und einer tickenden biologischen Uhr:

„Auf die Fruchtbarkeit muss man aufpassen als Frau. Die Tendenz, es aufgrund von Beruf hinauszuschieben, ist da, die Natur spielt aber nicht immer mit, das ist das Problem (...). Und natürlich sollte man als Frau sein ‚window of opportunity‘ auch für die Fruchtbarkeit nützen.“ (Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin)

Die Herstellung von Wissen über den Zustand der Fruchtbarkeit einer Frau bildet also ein zentrales Element in der Fruchtbarkeitsbehandlung, dem das AMH unter Berücksichtigung

verschiedener Faktoren besonders gut nachkommen soll. Das Anti-Müller-Hormon wurde ursprünglich als Hormon vorgestellt, das zur sexuellen Differenzierung während der Embryonalentwicklung beiträgt. Darüber hinaus wird es aber seit einigen Jahren auch als Gradmesser der ovariellen Reserve, also der noch vorhandenen Follikel im Eierstock, herangezogen (vgl. Nawroth et al. 2014). Die diagnostische Relevanz liegt in der zeitnahen Veränderung des AMH-Werts in Zusammenhang mit der ovariellen Reserve, wohingegen der Anstieg des FSH, ein weiterer Gradmesser für die Fruchtbarkeit, verzögert passiert (ebd.: 8). Auch bietet das AMH im Gegensatz zu anderen endokrinologischen Parametern wie dem FSH oder dem LH wenig zyklusbedingte Schwankungen (ebd.).

In der Praxis wird in unterschiedlichem Ausmaß auf das AMH Bezug genommen. Dr. Faber vom AKH Linz sieht darin eine Möglichkeit, die Treffsicherheit des SEF zu erhöhen:

„Die Kunst wäre zu sagen, welche Frauen davon profitieren. Eine Möglichkeit ist die Eierstockreserve, gemessen mit dem AMH. Das wird von kleinen gesunden Eibläschen produziert. Umso mehr Eibläschen vorhanden sind, umso höher ist das AMH. Was man da sieht sind die Alterskurven. Bei unter 25-Jährigen liegt (Anm.: das AMH) so bei 5 Einheiten. Es gibt aber 5 % der Frauen, die weniger als ein 1/5 dieser Eierstockreserven haben. Es gibt aber auch 5%, welche die dreifache Eierstockreserve haben. Und man sieht schön, dass das kontinuierlich abnimmt. Und genauso gibt es einen immer größeren Anteil von Frauen, die weniger haben. Da gibt es einen Grenzwert von 1 in der Literatur. Und da sehe ich, dass 10% der Frauen dabei sind, die darunter sind.“ (Dr. Faber, AKH Linz)

Das AMH könne hier eine Hilfestellung bieten, um jene Frauen auszumachen, für die das SEF sinnvoll wäre. Auch im AKH Wien wird das AMH neben dem LH und dem FSH als Wert der Fruchtbarkeit thematisiert:

„Das andere ist das AMH, das ja auch sehr an Bedeutung gewonnen hat in den letzten Jahren 5-7 Jahren, das man ja an jedem Zyklustag abnehmen kann und das den Medizinerinnen und den Patientinnen einen guten Wert präsentiert, wie freudig der Eierstock noch ist, um Eizellen zu produzieren bzw. wie fertil man noch ist.“ (Dr. Brauner, AKH Wien)

In der Klinik des Goldenes Kreuzes versichert mir Dr. Lindner, dass die Messung des AMH „hundertprozentig“ ein Tool ist, um die Fruchtbarkeit anzuzeigen. Mit dem AMH lasse sich bestimmen, wo sich eine Frau auf der „Reise“ befinde, denn es gebe unterschiedliche Geschwindigkeiten, „manche erleben das früher, manche später“ (Anm.: die Abnahme der Fruchtbarkeit), und das wolle man wissen als Reproduktionsmediziner_in (Dr. Lindner, Goldenes Kreuz).

Für die Wiener Gynäkologin Dr. Wallner stelle das AMH „eine Krücke für Patientinnen“ dar, es sei „nicht schlecht als präventiver Wert“ (Dr. Wallner, Wiener Gynäkologin). Sie war es schließlich auch, die *Ivory* erwähnt und ein Gespräch empfohlen hat.

Die Bewertung der Vorteile des AMH gegenüber anderen Hormonen bildet den Ausgangspunkt für das Produkt der österreichischen Firma *Ivary*, welches ich in den Mittelpunkt meiner Analyse stelle. *Ivary* bietet mit seinem Produkt die materialisierte Korrelation zwischen AMH, dem Alter der Frau und Lebensstilfaktoren an: Jede Frau kann sich im Internet einen Test bestellen und sich ein Bild der eigenen „fertility story“ (Homepage *Ivary*)¹ machen. Man bekommt ein Test-Kit zugesandt, beantwortet online Fragen zum Gesundheitszustand und zum Lebensstil, nimmt sich selber etwas Blut ab und schickt dieses zur Laboranalyse zurück. In einem Labor werden die erhobenen Daten und der AMH-Wert in einem mathematischen Modell miteinander in Verbindung gebracht und eine sogenannte Fertilitätskurve berechnet. Nach der Bearbeitung bekommt man einen Ergebnisbericht zugesandt, in dem nach einer kurzen allgemeinen Einführung zum diagnostischen Wert des AMH eine Interpretation der Ergebnisse folgt, wobei zwei Darstellungen interpretiert werden: Zum einen der aktuelle Stand der ovariellen Reserve. Darin wird der eigene Wert entlang einer allgemeinen Verteilung der Werte eingeordnet, um zu zeigen, ob man sich als Frau im Durchschnitt befindet und wie viel Prozent der Frauen höhere oder niedrigere Werte haben. Das zweite Ergebnis ist die Fruchtbarkeitskurve, die abbildet, in welcher Phase der Fruchtbarkeit man sich befindet, wie sich die Eizellenreserve zum Alter verhält und wann mit dem Einsetzen der Menopause zu rechnen ist. Abbildung 7 zeigt exemplarisch eine solche Kurve, wie sie bei einer 34-jährigen Frau aussehen könnte:

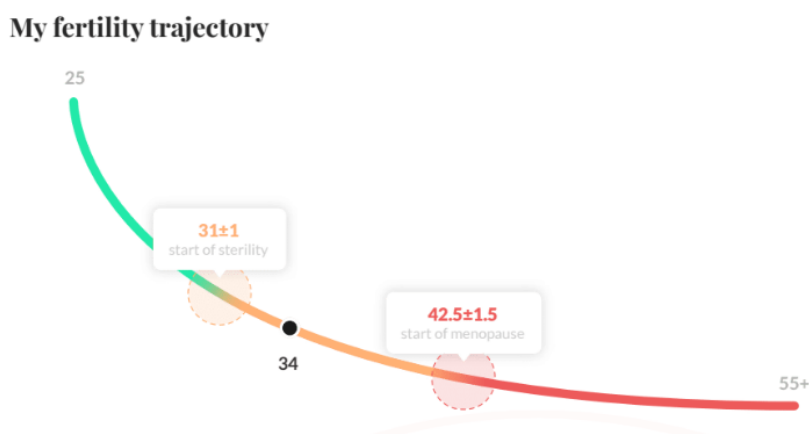


Abbildung 7: Beispiel einer Fertilitätskurve, entnommen aus einem Report von *Ivary*

Die in Abbildung 7 gezeigte Fertilitätskurve etwa zeigt an, dass sich die Frau mit 34 in der Sterilitätsphase befindet. Der Interpretation des Berichts zufolge ist eine Schwangerschaft prinzipiell noch möglich, aber unwahrscheinlich, und die Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt und genetischen Defekten hoch. Die Interpretationen der Ergebnisse führen über zum letzten Teil der Empfehlungen, wo dann etwa darauf hingewiesen wird, dass Rauchen die Fruchtbarkeit

¹ URL 6.

einschränken kann, hormonelle Verhütung den AMH-Wert beeinflusst und bei zusätzlichem Interesse ein Termin vereinbart werden kann. Darüber hinaus wird die wissenschaftliche Basis des AMH anhand von Literaturquellen behandelt. Die Kosten des gesamten Verfahrens, das die Zusendung des Tool-Kit, die Auswertung im Labor und die Berichtslegung umfasst, belaufen sich auf €89,00.

Wie ist nun der Prozess, in dem ein hormoneller Wert in eine Fruchtbarkeitsvorhersage transformiert wird, aus Perspektive der vorliegenden Arbeit zu verstehen? Das AMH bildet im Kontext von *Ivary* als Wert die Anzahl der Eizellen im Eierstock ab, der gekoppelt an den Faktor Alter und Lebensstil eine Zukunftsprognose ermöglicht. Das Hormon als internes Element wird mit externen Einflüssen in Verbindung gebracht, und damit die Bedeutung von menschlichem Handeln, sei es in Form vom Rauchen oder durch die Einnahme der Pille, auf den Körper thematisiert¹. In der Eizelle schließlich materialisiert sich das soziale Handeln über die eingeschriebenen Lebensweisen. Als biochemischer Botenstoff reagiert das Hormon auf diese internen materiellen Gegebenheiten und bildet diese in einem Wert ab (Nawroth et al. 2014: 8). Die Fertilitätskurve verortet das Individuum entlang einer das Leben umspannenden (Un)Fruchtbarkeitsachse: Die Kurve ist zugleich Abbild der verlorenen, aber auch der verbleibenden Zeit. Damit steht sie programmatisch für eine Körperwahrnehmung, wie sie sich beim SEF manifestiert, nämlich zu wissen, wo man mit seinem Körper und seiner Fruchtbarkeit steht. Im Zentrum von *Ivary* steht die Idee, die Fruchtbarkeit aus dem Inneren des Körpers hervorzuholen und das Wissen darum sichtbar und greifbar zu machen. Das Wissen schließlich legitimiert dann eine Option wie das SEF. Der *Ivary*-Test ist hier ein besonders spannendes Beispiel, weil es das *Social Egg Freezing* zum *Medical Egg Freezing* überführen will: Der AMH-Wert im Modell des *Ivary*-Tests transformiert bei entsprechendem Wert das Ergebnis in ein medizinisches Problem und kommt damit dem österreichischen Gesetz nach: Denn nur im Falle der medizinischen Indikation ist das Einfrieren von Eizellen erlaubt; der Test könne als Beweis für solch eine Indikation herangezogen werden:

„Unser Test gibt ihnen [den Frauen] einen Grund, warum sie das tun sollen, weil dann ist es ja kein SEF mehr. Sie [die Frauen] machen es, weil Ihre Eizellenreserve schwindet.“ (Dr. Wolfmayr, *Ivary*)

Auch im AKH Linz wird dieser Punkt der medizinischen Indikation von Dr. Faber angesprochen, allerdings ohne konkrete Bezugnahme auf *Ivary*: Wie weiter oben ausgeführt, stellt

¹ Auch Ernährung und Ethnizität werden als Einflussfaktoren auf die weibliche Fruchtbarkeit thematisiert. Allerdings hält *Ivary* auf der Homepage fest, dass bislang noch die wissenschaftliche Basis fehlt, um einen Zusammenhang zum AMH Wert herzustellen (vgl. URL 6).

das AMH für Dr. Faber eine Möglichkeit dar, herauszufinden, wer vom SEF profitieren könne. Daraus folgt für ihn aber auch, dass es sich dann nicht mehr um SEF handelt:

„Also das ist die Frage, wären das die Frauen, wo ich sag ‚Ok, sie sind 30, haben noch keine Kinder, sollen wir was auf die Seite legen‘. Das wäre ein Ansatz, wo man sich Gedanken machen kann. Was aber dann nicht mehr Social Egg Freezing wäre, sondern hier wäre es dann medizinisch indiziert. Aber das muss man ganz klar sagen, das sind fließende Übergänge.“ (Dr. Faber, AKH Linz)

Auch hier kommt die Kategorie der medizinischen Indikation wieder als Faktor der Legitimierung ins Spiel, die als Aushandlungssache begriffen wird.

Selbsternanntes Ziel von *Ivary* ist es, diese Idee der Vorsorge zu etablieren, das heißt neben den Frauen, die den „Leidensdruck“ der (Un)Fruchtbarkeit bereits verspüren, auch junge Frauen zu erreichen:

„Die jungen Frauen ab 25 können das ja auch machen. Die haben logischerweise, die sagen, Kinder kriegen kann ich in 10 Jahren. Aber trotzdem könnte man sagen, naja, die gehen ja ab einem gewissen Alter zum Gynäkologen und machen z.B. die HPV-Impfung. Das heißt, unsere Aufgabe wird höchstwahrscheinlich neben dem Marketing sein, dass man den Leuten zeigt, schaut, es gibt da einen anderen Vorsorgeweg, wir werden niemanden zwingen, aber wir wollen es als Vorsorgeprojekt etablieren.“ (Dr. Wolfmayr, Ivary)

Es geht also bei *Ivary* auch darum, die gesundheitspolitische Idee der Vorsorge durch den Test auf die weibliche Fruchtbarkeit zu übertragen, um das SEF als gesellschaftliche Präventivmaßnahme medizinisch zu legitimieren und vom Anstrich der individuellen Lebensplanung zu befreien. Dafür müssten zum einen die Expert_innenseite der Gynäkologie sensibilisiert werden, zum anderen die „Kund_innen“:

„Wir müssen einmal die Gynäkologen aktivieren für das Thema, aber andererseits noch einfacher die Kunden erreichen. Und im allerbesten Fall kommt der Kunde zu ihm und sagt: ‚Dr. Mayer, haben Sie einen Eizellentest?‘ Und der braucht nur mehr sagen: ‚Bitteschön‘.“ (ebd.)

Ivary möchte also eine Möglichkeit für das informierte Selbst bieten, den Gedanken der Vorsorge in die Praxis zu tragen. Ähnlich wie bei den aus dem Internet bestellbaren Gentests basiert diese Rahmung auf den Vorstellungen, dass ein Individuum zum einen durch das geschaffene Körperwissen ermächtigt, zum anderen als aktiver Akteur den eigenen Körper optimieren bzw. das Potential ausschöpfen kann (vgl. Lee 2013: 78). In diesem Anspruch treten die „biomedicalized subjectivities“ (Clarke et al. 2003: 165) hervor: Intervention wird nicht mehr nur durch medizinische Expert_innen geleitet, sondern setzt an der Bearbeitung des eigenen Körpers durch Technologien des Selbst an (ebd.). Fruchtbarkeit als Kategorie der Gesundheit wird zu einem Projekt, das durch Wissensaneignung und Praktiken des körperlichen Erlebens und Kennenlernens erarbeitet wird (ebd.: 172).

5.3. Zusammenfassung

Die Aushandlungen der medizinischen Praxis, die ich in Kapitel 5 anhand der Eizelle und dem AMH analysiert habe, bilden die soziomateriellen Dimensionen des Überthemas *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit*, wie er beim SEF zum Ausdruck kommt.

Die Potentialzuschreibungen der Eizelle und die Bedeutung des AMH als Fruchtbarkeitsdetektor verweisen auf die dem SEF eingeschriebene Logik der Herstellung von Körperwissen, um daraus Handlungsoptionen ableiten zu können. Sie lassen sich als Ausdruck der Biomedikalisierung und als Einforderung von Technologien des Selbst theoretisieren.

Zum einen wird die Eizelle als kostbares Gut der begrenzten weiblichen Fruchtbarkeit gerahmt, wobei mangelndes Körperwissen als Verkennen eines vielfältigen Potentials problematisiert wird. Das Körperwissen wird in der Biomedizin zur normativen Kategorie, das individuelles Verhalten anleiten soll. Fruchtbarkeit als Kategorie der Gesundheit erfährt beim und durch das SEF eine neue Bedeutung. In den sozialen Welten wird diese Bedeutung über die Aushandlungen zur Verrechtlichung von ART und dem SEF und über den Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit als gesellschaftspolitisches ebenso wie individuelles Phänomen hergestellt. Die Abwägungen zur individuellen Relevanz stehen dabei wenig in Frage. Vielmehr bedarf es einer gesellschaftlichen Basis, das SEF als legitimen Umgang mit weiblicher Fruchtbarkeit zu rezipieren und das SEF als natürlich erscheinende Option der Vorsorge zu installieren. Klar ist aber auch, dass dieser Prozess, wie ihn *Ivary* gewissermaßen verkörpert, noch am Anfang steht.

Auch zeigt sich deutlich, dass die Technologie, die dem SEF zuarbeiten soll, nicht auf ihre Nützlichkeit oder Notwendigkeit heruntergebrochen werden kann. Die Nützlichkeit wird in permanenten Aushandlungsprozessen hergestellt und steht bei *Ivary* noch am Anfang. Um es mit Pfaffenberger zu formulieren: „Culture, not nature, defines necessity“ (1996: 496) und dies auch, wenn die Diskurse eine Notwendigkeit auf Basis einer körperlichen Natur ausmachen.

So lassen sich die in Kapitel 4 angerissenen Überlegungen zur Dichotomisierung von Natur und Kultur weiterführen: In den Aushandlungen zur Eizelle und zum AMH wird erkennbar, wie diese durch soziotechnische Verfahren hervorgebrachten Elemente als innere Natur des Körpers rezipiert werden, eine *Natürlichkeit*, die per se existiert und entdeckt werden kann. Das vorhandene Potential im Körperinneren wartet auf seine Entdeckung und Freisetzung durch Technologien. In diesen Aushandlungsprozessen erfährt, wie Franklin analysiert, *Natürlichkeit* wieder eine entscheidende Rolle in der Abgrenzung vom *Künstlichen*. So wird das SEF, die Aufbewahrung der Eizellen außerhalb des Körpers, gleich wie Franklin es für die IVF formuliert, als eine unterstützende Maßnahme für den natürlichen Körper gerahmt (2006: 549).

Schlussendlich bleibt, was angesichts der enormen Transformationskraft von Technologien auf menschliches Leben paradox erscheinen mag, das *Natürliche* eine moralisch aufgeladene

Kategorie: Die Eizelle verkörpert diese Natürlichkeit, indem sie in ihrer Rolle in den reproduktiven Prozessen als *biologischer Fakt* im Raum steht. Das moralisch richtige Handeln setzt beim SEF dort an, wo zur Aufrechterhaltung ihrer *natürlichen* Aufgabe Technologien des Selbst ins Spiel kommen, sei es durch die Überführung in den Gefrierschrank als sicheren Ort oder durch Entscheidungen in der Lebensführung (etwa nicht zu Rauchen).

6. Konklusion

In diesem letzten Teil meiner Arbeit kehre ich noch einmal zurück zu meinen forschungsleitenden Fragen und fasse die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse zusammen.

Ausgangspunkt der Arbeit ist die Annahme, dass sich eine Technologie wie das SEF zur sozialwissenschaftlichen Analyse der Verwicklung und Verschmelzung von Materialität und Sozialität eignet. Abseits eines einseitigen Technologiedeterminismus werden Technologien in den Sozialwissenschaften in ihrer Entstehung und ihrer Einbettung in konkrete soziale Kontexte studiert; diesen Kerngedanken einer Beschäftigung mit Technologien und den Herstellungs- und Aushandlungsprozessen folge ich in vorliegender Arbeit. Diese Überlegungen führten mich schließlich zu meinen zwei Forschungsfragen:

- Wo und wie offenbart sich beim SEF eine technopolitische Kultur, das heißt, welche rechtlichen, historischen, politischen und sozialen Bedingungen konstituieren das SEF in Österreich?
- Wie wird der Körper, genauer der (un)fruchtbare Körper, über das SEF ausgehandelt?

Im Laufe des Forschungsprozesses, der viele spannende Dimensionen hervorbrachte, fokussierte ich schließlich auf den *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* als zentrale Kategorie, wie er in den Aushandlungen zum SEF über verschiedene Aspekte zum Ausdruck kommt. Dieser *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* bildet dann auch das Thema der Kapitel 3, 4 und 5: In Kapitel 3 zeichne ich anhand einer Genese der IVF und des SEF nach, wie *(Un)Fruchtbarkeit* zu einer wissenschaftlichen Kategorie wurde und wie diese Kategorie in Technologien transformiert wurde. Dabei leitet die historische Kontextualisierung als eine Technik- und Wissenschaftsgeschichte die grundsätzlichen Überlegungen zum Verständnis rezenter Ausformungen an: Das SEF als soziomaterielles Verfahren schreibt die Geschichte fort und offenbart in einer sozialwissenschaftlichen Herangehensweise die impliziten sozialen, historischen und politischen Dimensionen.

Diesen gehe ich mit dem Begriff der technopolitischen Kultur in Kapitel 4 anhand der Aushandlungen der sozialen Welten nach. In den Diskursen zum rechtlichen Umgang mit ART und dem SEF in Österreich zeigt sich, dass hier der *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* gekennzeichnet ist von der Annahme einer *natürlichen* Zeit. Gibt es medizinische Faktoren, die diese Zeit bedrohen, greift das Konzept der medizinischen Indikation, welches wiederum *künstliche* Verfahren legitimiert. Was als medizinisch indiziert gilt, wird stetig ausgehandelt und bleibt vage: Gesellschaftliche Entwicklungen wie die Verschiebung des Alters, in dem Frauen Kinder kriegen, können in dem Moment, in dem die weibliche Fruchtbarkeit prinzipiell als in Gefahr stehend

wahrgenommen wird, solch eine medizinische Indikation legitimieren. Andererseits offenbart sich der *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit* auch in den Momenten, in denen die *natürliche* Zeit einen gesellschaftlichen Umgang damit begründen soll, einen, der die Fruchtbarkeit der Frau in der *natürlichen* Zeit als etwas Positives, Wertvolles und eben Begrenztes rahmt. In beiden Fällen sind die markanten Punkte die des erforderlichen Körperwissens und die *natürliche* Abnahme der weiblichen Fruchtbarkeit.

Stehen in Kapitel 4 die Aushandlungen der sozialen Welten und die unterschiedlichen Deutungen struktureller Bedingungen oder individueller Beweggründe im Fokus, widmet sich Kapitel 5 konkret der sozialen Welt der Praxis und den Aushandlungen zur Fruchtbarkeit über körperliche Bezugspunkte wie der Eizelle und dem AMH. Auch hier ist die zentrale Kategorie der *Umgang mit (Un)Fruchtbarkeit*, der sich in den Potentialzuschreibungen der Eizelle, dem daraus abgeleiteten Wissen und der Transformation dieses Wissens in die Technologie des Fruchtbarkeitstools Ivary manifestiert.

Die zentralen Punkte beider Kapitel können als Ausformung einer Biomedikalisierung und der nature/culture Debatte theoretisch verortet werden. In seinen wesentlichen Zügen kann das SEF als Ausdruck einer Biomedikalisierung bewertet werden, weil in ihm das postmoderne Verständnis von Körper, Medizin, Gesellschaft und Technologie zum Ausdruck kommt: Im Rahmen des SEF wird der weibliche fruchtbare Körper zum Aushandlungsfeld gesellschaftlicher Entwicklungen und *biologischer Fakten*, die miteinander in Einklang gebracht werden müssen. Dies geschieht über eine Anerkennung der Fruchtbarkeit als eine medizinische Kategorie, die über die Eizellen technologische Interventionen nahelegen. Das SEF besitzt dabei das Potential, die medizinische in eine gesellschaftlich anerkannte Kategorie der Fruchtbarkeit zu überführen, weil es das Wissen um die Fruchtbarkeit und die Eizelle als immanente Voraussetzung in sich trägt.

Zwar verstehe ich meine Beschäftigung mit dem SEF im Wesentlichen als anthropologischen Beitrag zur Untersuchung von *Fruchtbarkeit*, wohingegen sich viele bisherige Arbeiten zu ART mit *Unfruchtbarkeit* beschäftigt haben, erkenne aber im möglicherweise unentschieden erscheinenden Schreiben über *(Un)Fruchtbarkeit* die zentralen Merkmale, die meiner Meinung nach die Aushandlungen zum SEF prägen: Es ist genau dieses hin und her pendeln zwischen diesen zwei Kategorisierungen des weiblichen Körpers, welche das SEF charakterisieren. In der Antizipation der weiblichen *Unfruchtbarkeit* erlangt die *Fruchtbarkeit* im SEF als endlicher körperlicher Zustand eine medizinisch-technologische Relevanz. Über die Anerkennung der Fruchtbarkeit als gesellschaftliche, aber auch individuelle Verantwortung leitet das SEF Handlungsoptionen an, die wiederum mit anderen Technologien wie der Fruchtbarkeitsmessung korrespondieren. Die weibliche Fruchtbarkeit als wertvoller, weil begrenzter Zustand erfährt beim SEF über die

Anerkennung von biologischen Prozessen, den Potentialen der Eizelle und der Bedeutung des AMH, eine neuartige Relevanz.

Meiner Analyse nach hat das SEF im Rahmen der dargestellten technopolitischen Kultur als *Social Egg Freezing* wenig Chance, dass sein Dasein als randständiges Phänomen in eine normalisierte technologische Intervention transformiert werden kann. Die dem Namen eingeschriebene Differenzierung in soziale versus medizinische Beweggründe legt offen, worum es schließlich geht, will das Phänomen erfolgreich sein: Um ein Abstreifen des Sozialen oder besser: um eine Naturalisierung des Sozialen bis zu dem Punkt, an dem das Soziale das Natürliche darstellt. Im Sinne einer „relationalen Anthropologie“ gilt es, diese „kulturierte Natur“ oder „naturalisierte Kultur“ zu untersuchen, denn nicht die kategoriale Trennung zwischen Natur und Kultur an sich wird obsolet, sondern die Trennung der wissenschaftlichen Zuwendungen, die „Enthybridisierung“ der Wissenschaften (Beck 2008: 169). Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich hierzu ein Stück weit dazu beitragen und schließe mit einem Zitat der „enthybridisierenden“ Anthropologin Sarah Franklin:

“(…)there is no such thing as a biological fact that has not been elicited through a cumulative social and historical process. Indeed, biology is nothing less than socially-processed ‘nature’.” (Franklin 2006: 82)

Quellenverzeichnis

Bibliographie

- Almeling, Rene. (2015). Reproduction. *Annual Review of Sociology*, 41(1): 423-442.
- American Society of Reproductive Medicine (ASRM), & Society for Assisted Reproductive Technology. (2013). Mature Oocyte Cryopreservation: A Guideline. *Fertility and Sterility*, 99(1): 37-43.
- Bavister, Barry D. (2002). Early History of In Vitro Fertilization. *Reproduction (Cambridge, England)*, 124(2): 181-196.
- Beck, Stefan. (2007). Medicalizing Culture(s) or Culturalizing Medicine(s). In R. V. Burri (Ed.), *Biomedicine As Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. New York, NY [u.a.], Routledge: 17-34.
- Beck, Stefan. (2008). Natur | Kultur. Überlegungen zu einer relationalen Anthropologie. *Zeitschrift für Volkskunde*, 104(2): 161-199.
- Benninghaus, Christina. (2005). Eine "unästhetische Prozedur". Debatten um "künstliche Befruchtung" um 1910. In B. Orland (Ed.), *Artifizielle Körper - lebendige Technik: technische Modellierungen des Körpers in historischer Perspektive*. Zürich, Chronos-Verl.: 107-128.
- Bernard, Andreas. (2014). *Kinder machen: Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspenden Leihmütter Künstliche Befruchtung*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch.
- Biggers, John D. (2012). IVF and Embryo Transfer: Historical Origin and Development. *Reproductive BioMedicine Online*, 25(2): 118-127.
- Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes. (2014). Stellungnahme Nr. 11 zu 77/ME 25. GP vom 28.11.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02302/imfname_375903.pdf [6.8.2018]
- Bluesanne. (2014, 8.11.). Das Baby das aus der Kälte kam - Social Freezing, Online. *fisch+fleisch*. Abrufbar unter: <https://www.fischundfleisch.com/bluesanne/das-baby-das-aus-der-kaelte-kam-social-freezing-514> [27.7.2018]
- Bogner, Alexander, et al. (2002). *Das Experteninterview*. Opladen, Leske + Budrich.
- Broekmans, Frank J., et al. (2007). Female Reproductive Ageing: Current Knowledge and Future Trends. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 18(2): 58-65.
- Browner, C.H., & Sargent, C.F. (2011). *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, Duke University Press.
- Bundesarbeitskammer. Stellungnahme Nr. 110 zu 77/ME 25. GP vom 2.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00077/index.shtml#tab-Stellungnahmen [6.8.2018]
- Burri, Regula Valérie (Ed.) (2007). *Biomedicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. New York, NY [u.a.]: Routledge.

- Cahn, Naomi R., & Carbone, June. (2013). The Gender/Class Divide: Reproduction, Privilege and the Workplace. *GW Law School Public Law and Legal Theory*: 1-31.
- Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis* (1. publ. ed.). London [u.a.], SAGE.
- Chen, Christopher. (1986). Pregnancy after Human Oocyte Cryopreservation. *Lancet*, 327(8486): 884-886.
- Clarke, Adele E. (1998). *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and "the Problems of Sex"*. Berkeley u.a., University of California Press.
- Clarke, Adele E. (2003). Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction*, 26(4).
- Clarke, Adele E. (2005). *Situational Analysis. Grounded Theory after the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, Calif. [u.a.], Sage.
- Clarke, Adele E., et al. (2015). *Situational Analysis in Practice. Mapping Research with Grounded Theory*. Walnut Creek, California, Left Coast Press.
- Clarke, Adele E., et al. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2): 161-194.
- Cobo, Ana, et al. (2015). Oocyte Vitriification as an Efficient Option for Elective Fertility Preservation. *Fertility and Sterility*, 105(3): 755-764.
- Conrad, Peter. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1): 209-232.
- Daele, Wolfgang. (2009). Biopolitik, Biomacht und soziologische Analyse. *Leviathan*, 37(1): 52-76.
- Dayal, Meena, et al. (2014). Anti-Mullerian Hormone: A New Marker of Ovarian Function. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(2): 130-133.
- Eiding, Joachim. (2004, 27.8.). Das Kind, das aus der Kälte kam, Online. *taz*. Abrufbar unter: <http://www.taz.de/!707592/> [27.7.2018]
- Felt, Ulrike, et al. (2010). Coming to Terms with Biomedical Technologies in Different Technopolitical Cultures: A Comparative Analysis of Focus Groups on Organ Transplantation and Genetic Testing in Austria, France, and the Netherlands. *Science, Technology, & Human Values*, 35(4): 525-553.
- Firestone, Shulamith. (1970). *The Dialectic of Sex*. New York, NY, Morrow.
- Fischer, Meghan. (2013). *The Case for FEMM. White Paper*, Online. Abrufbar unter: https://femmhealth.org/wp-content/uploads/2016/02/FEMM-white-paper_2015.pdf [26.7.2018]
- Flatscher-Thöni, Magdalena, & Voithofer, Caroline. (2014). Stellungnahme Nr. 21 zu 77/ME 25. GP vom 29.11.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02316/imfname_376100.pdf [6.8.2018]
- Fleck, Ludwig. (2012). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv* (9 ed.). Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Foucault, Michel. (1977). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I* (1. Aufl. ed.). Frankfurt am Main, Suhrkamp.

- Franklin, Sarah. (1997). *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London, US, Taylor and Francis.
- Franklin, Sarah. (2003). Re-thinking Nature-Culture: Anthropology and the New Genetics. *Anthropological Theory*, 3(1): 65-85.
- Franklin, Sarah. (2006). Origin Stories Revisited: IFV as an Anthropological Project. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(4): 547-555.
- Franklin, Sarah. (2012). Anthropology of Biomedicine and Bioscience. In R. Fardon, et al. (Eds.), *The Sage Handbook of Social Anthropology*. London, SAGE Publications Ltd: 42-56.
- Franklin, Sarah. (2013a). Embryo Watching: How IVF Has Remade Biology. *Tecnoscienza: Italian Journal of Science and Technology Studies*, 4(1): 23-43.
- Franklin, Sarah. (2013b). *Biological Relatives : IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*. Durham, NC [u.a.], Duke Univ. Press.
- Franklin, Sarah, & Ragoné, Helene. (1998). *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Press.
- Frauengesundheitszentrum ISIS. (2014). Stellungnahme Nr. 79 zu 77/ME 25. GP vom 1.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02383/imfname_376172.pdf [6.8.2018]
- Gartner, Gerald, et al. (2016, 30.7.2016). Erstes Kind: Wann Familien gegründet werden, Online. *derStandard*. Abrufbar unter: <https://derstandard.at/2000041919152/Wann-und-ob-Menschen-wie-Sie-eine-Familie-gruenden> [27.07.2018]
- Ginsburg, Faye, & Rapp, Rayna. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20(1): 311-343.
- Glaser, Barney G., & Strauss, Anselm L. (2008). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (2., korrigierte Aufl., 1. Nachdr. ed.). Bern, Huber.
- Gläser, Jochen, & Laudel, Grit. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl. ed.). Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gogging, Malcom, et al. (2004). The Comparative Policy Design Perspective. In I. Bleiklie (Ed.), *Comparative Biomedical Policy: Governing Assisted Reproductive Technologies*. New York London, Routledge: 1-20.
- Gook, Debra A. (2011). History of Oocyte Cryopreservation. *Reproductive BioMedicine Online*, 23(3): 281-289.
- Grossman, Lisa C., et al. (2017). Utility of Ovarian Reserve Screening with Anti-Müllerian Hormone for Reproductive Age Women Deferring Pregnancy. *Journal of Women's Health*, 26(4): 345-351.
- Hadolt, Bernhard. (2005). *Reproduktionstechnologiepolitik in Österreich*. Wien, Inst. für Höhere Studien (IHS).
- Hadolt, Bernhard. (2017). Körperteile mit Wert: Die Kommodifizierung des Körpers in der globalen Bioökonomie. In G. Seiser (Ed.), *Ökonomische Anthropologie. Einführung und Fallbeispiele*. Wien, Facultas: 343-363.
- Hadolt, Bernhard, & Lengauer, Monika. (2003). *Kinder-Machen. Eine ethnographische Untersuchung zur Handhabung von ungewollter Kinderlosigkeit und den neuen Reproduktionstechnologien durch betroffene Frauen und Männer in Österreich*. (Dissertation), Universität Wien.

- Ikemoto, Lisa C. (2009). Eggs as Capital: Human Egg Procurement in the Fertility Industry and the Stem Cell Research Enterprise. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 34(4): 763-781.
- Ikemoto, Lisa C. (2015). Egg Freezing, Stratified Reproduction and the Logic of Not. *Journal of Law and the Biosciences*, 2(1): 1-6.
- IMABE. (2017). Künstliche Befruchtung: Österreichischer IVF-Report blendet viele Fragen aus: Geringe Erfolgsrate, psychologische Belastungen und hohe Kosten werden nicht thematisiert. Abrufbar unter: <http://www.imabe.org/index.php?id=2405> [26.7.2018]
- Inhorn, Marcia. (2013, 9.4.2013). Women, consider freezing your eggs, Online. CNN. Abrufbar unter: <https://edition.cnn.com/2013/04/09/opinion/inhorn-egg-freezing/index.html> [7.8.2018]
- Inhorn, Marcia. (2017). The Egg Freezing Revolution? Gender, Technology, and Fertility Preservation in the Twenty-First Century, Online. *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource*. Abrufbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118900772.etrds0428> [6.8.2018]
- Inhorn, Marcia, & Birenbaum-Carmeli, Daphna. (2008). Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. *Annual Review of Anthropology*, 37(1): 177-196.
- Inhorn, Marcia, & van Balen, Frank. (2002). *Infertility Around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, University of California Press.
- Institut für Ehe und Familie. (2014). Stellungnahme Nr. 99 zu 77/ME 25. GP vom 1.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02411/imfname_376306.pdf [6.8.2018]
- Katholische Nachrichten, o.A. (2007, 21.2.). Kritik am 'kontraproduktiven' Engagement der 'Aktion Leben', Online. Abrufbar unter: <http://www.kath.net/news/16036> [27.7.2018]
- Knecht, Michi. (2005). Ethnografische Wissensproduktion und der Körper als ethnografisches Objekt im Feld moderner Reproduktionsmedizin. In B. Binder (Ed.), *Ort. Arbeit. Körper: Ethnografie Europäischer Modernen*. Münster, Waxmann.
- Kopetzki, Christian. (2014). "Social Egg Freezing". *Recht der Medizin*, 6(204).
- Kopetzki, Christian. (2014). Stellungnahme Nr. 108 zu 77/ME 25. GP vom 1.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02420/imfname_376330.pdf [6.8.2018]
- Kushnir, Vitaly, et al. (2015). Outcomes of Fresh and Cryopreserved Oocyte Donation. *Journal of the American Medical Association*, 314(6): 623-624.
- Lemke, Thomas. (2010). From State Biology to the Government of Life: Historical Dimensions and Contemporary Perspectives of 'Biopolitics'. *Journal of Classical Sociology*, 10(4): 421-438.
- Lock, Margaret, & Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester, Wiley Blackwell.
- Löwy, Ilana. (2011). Historiography of Biomedicine: "Bio," "Medicine," and In Between. *Isis*, 102(1): 116-122.

- Maher, Brendan. (2009, 11.04.). Making New Eggs in Old Mice, Online. *Nature*. Abrufbar unter: <https://www.nature.com/news/2009/090411/full/news.2009.362.html> [16.2.2017]
- Martin, Emily. (1989). *The Woman in the Body*. Milton Keynes, Open Univ. Press.
- Martin, Emily. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-female Roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3): 485-485.
- Martin, Emily. (1992). The End of the Body? *American Ethnologist*, 19(1): 121-140.
- Martin, Laura J. (2010). Anticipating Infertility: Egg freezing, Genetic Preservation, and Risk. *Gender & Society*, 24(4): 526-545.
- Mauernböck, Sebastian. (2015). Das neue Fortpflanzungsmedizinrecht. Eine erste Auseinandersetzung mit den wesentlichen Änderungen. *Zeitschrift für Energie und Technikrecht*(2): 107-119.
- Mohapatra, Seema. (2014). Using Egg Freezing to Extend the Biological Clock: Fertility Insurance or False Hope? *Harvard Law & Policy Review*, (382): 1-32.
- Nawroth, Frank et al. (2014). Bewertung von ovarieller Reserve und Fertilität mit steigendem Lebensalter. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 11(1): 6-11.
- Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2014). Stellungnahme Nr. 87 zu 77/ME 25. GP vom 1.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02396/imfname_376180.pdf [6.8.2018]
- Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie. (2014). Stellungnahme Nr. 80 zu 77/ME 25. GP vom 1.12.2014 - Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Gentechnikgesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz - FMedRÄG 2015). Abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02384/imfname_376184.pdf [6.8.2018]
- Petropanagos, Angel. (2010). Reproductive 'Choice' and Egg Freezing. *Cancer Treatment and Research*, 156: 223-235.
- Pfaffenberger, Bryan. (1992). Social Anthropology of Technology. *Annual Review of Anthropology*, 21(1): 491-516.
- Piercy, Marge. (1975). *Woman on the Edge of Time* (Repr. ed.). London, Women's Press.
- Rabinow, Paul. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton, NJ, Princeton Univ. Press.
- Rabinow, Paul, & Rose, Nikolas. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2): 195-217.
- Rapp, Rayna. (2000). *Testing Women, Testing the Fetus*. New York London, Routledge.
- Robertson, John A. (2014). Egg Freezing and Egg Banking: Empowerment and Alienation in Assisted Reproduction. *Journal of Law and the Biosciences*, 1(2): 113-126.
- Rowland, Robyn. (1992). *Living Laboratories: Women and Reproductive Technologies*, Indiana University Press.

- Saetnan, Ann Rudinow. (2000). Women's Involvement with Reproductive Medicine: Introducing Shared Concepts. In A. R. Saetnan, et al. (Eds.), *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*, Ohio State University Press.
- Schreiber, Christine. (2007). *Natürlich künstliche Befruchtung? Eine Geschichte der In-vitro-Fertilisation von 1878 bis 1950*. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scutti, Susan. (2018, 3.7.2018). At least 8 million IVF babies born in 40 years since historic first, Online. *CNN*. Abrufbar unter: <https://edition.cnn.com/2018/07/03/health/worldwide-ivf-babies-born-study/index.html> [10.7.2018]
- Singer, Peter, & Dawson, Karen. (1988). IVF Technology and the Argument from Potential. *Philosophy & Public Affairs*, 17(2): 87-104.
- Statistik Austria. (2018). Lebenserwartung für ausgewählte Altersjahre 1868/71 bis 2010/12, 1951 bis 2017. Abrufbar unter: http://www.statistikaustria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/022521.html [27.7.2018]
- Stockinger, Günther. (2006, 15.4.). Wunschkind aus der Kälte, Online. *Der Spiegel*. Abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-46637215.html> [27.7.2018]
- Strathern, Marilyn. (1992). *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester, Manchester Univ. Pr.
- Strübing, Jörg. (2011). Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselm Strauss. In G. Mey, et al. (Eds.), *Grounded Theory Reader*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften: 261-277.
- Sullivan, Michele G. (2012, 19.10.). ASRM: Egg Freezing No Longer 'Experimental', Online. *OncologyPractice.com*. Abrufbar unter: <https://www.mdedge.com/oncologypractice/article/56338/breast-cancer/asrm-egg-freezing-no-longer-experimental> [26.7.2018]
- Thin, Neil. (2014). On the Primary Importance of Secondary Research. In N. Konopinski (Ed.), *Doing Anthropological Research: A Practical Guide*. London [u.a.], Routledge: 37-54.
- Thompson, Charis. (2005). *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, Mass. [u.a.], MIT.
- Tran, Mark. (2014, 15.10.). Apple and Facebook offer to freeze eggs for female employees, Online. *The Guardian*. Abrufbar unter: <https://www.theguardian.com/technology/2014/oct/15/apple-facebook-offer-freeze-eggs-female-employees> [26.7.2018]
- Van Dyck, José. (1994). *Manufacturing Babies and Public Consent: Debating the New Reproductive Technologies*, NYU Press.
- Waldby, Catherine, & Cooper, Melinda. (2008). The Biopolitics of Reproduction. *Australian Feminist Studies*, 23(55): 57-73.
- Wendehorst, Christiane. (2015). Neuerungen im österreichischen Fortpflanzungsmedizinrecht durch das FMedRÄG 2015. Anpassung an europaweite Entwicklungen. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht*, (4).
- Zola, Irving K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4): 487-504.

Internetquellen

URL 1: Homepage Aktion Leben:

<http://www.aktionleben.at/> (zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

URL 2: Homepage IMABE:

<https://www.imabe.org/index.php?id=home> (zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

URL 3: Homepage Bundeskanzleramt:

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00077/index.shtml
(zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

URL 4: Rechtsinformationssystem des Bundes:

<https://www.ris.bka.gv.at/> (zuletzt aufgerufen am 28.9.2018)

URL 5: Onlineartikel „Lebenserwartung in Österreich steigt“:

<https://orf.at/stories/2401018/2380307/> (zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

URL 6: Facebook Seite Ivary:

<https://www.facebook.com/ivary.at/> (zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

URL 7: Homepage *Ivary*:

<https://www.ivary.io/> (zuletzt aufgerufen am 27.7.2018)

Anhang

Interviews

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, 1.10.2015 (ohne Aufnahmegerät, Dauer ca. 1h)

Dr. Obererder, Kinderwunschlinik Wels, 8.12.2015 (Dauer: 03:00)

Frau Felber, Verein Aktion Leben 15.12.2015 (Dauer: 00:40)

Dr. Brauner, AKH Wien, 11.2.2016 (Dauer: 00:40)

Dr. Faber, AKH Linz, 15.2.2016 (Dauer: 01:00)

Dr. Lindner, Goldenes Kreuz Wien, 10.3.2016 (Dauer: 00:30)

Frau Schwarz, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 1.4.2016 (Dauer: 01:05)

Dr. Lukas, Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 30.5.2016 (Dauer: 00:55)

Frau Heckl, Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik, 2.5.2017 (Dauer: 00:54)

Dr. Wallner, Gynäkologin Wien, 3.1.2018 (Dauer: 00:40)

Dr. Wolfmayr, Ivary, 20.2.2018 (Dauer: 00:40)

„FEMM Introduction“ Vortrag von Elisabeth Gudenus, 31.5.2017

Treffen mit Elisabeth Gudenus von FEMM, informelles Gespräch, 29.6.2017

„Die Macht der Hormone“ Vortrag Johannes Huber, 22.12.2017

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Soziale Welten, die am Diskurs zum SEF in Österreich beteiligt sind.....	30
Abbildung 2: Positional Map zur Verortung der Positionen im Diskurs zum SEF.....	34
Abbildung 3: Ausschnitt aus dem österreichischen Fernsehmagazin Tele: Im Tatort wird bei der IVF nur unter Anführungszeichen gezeugt	36
Abbildung 4: Zusammenfassung der wichtigsten Entwicklungsschritte am Weg zur IVF	47
Abbildung 5: Soziale Welten, die an der Diskussion des SEF im Kontext des FMedRÄG-Entwurf beteiligt waren.....	58
Abbildung 6: Die Notwendigkeit der Eier, gesehen auf der Facebook Seite von Ivary.....	82
Abbildung 7: Beispiel einer Fertilitätskurve, entnommen aus einem Report von <i>Ivary</i>	91

Glossar reproduktionsmedizinischer Begriffe

Hormonstimulation	Hormonelle Stimulation der Eierstöcke mittels Homoninjektionen, damit pro Zyklus mehr als ein Follikel heranreift
Insemination	Injektion des Spermas direkt in den Genitaltrakt der Frau zur Befruchtung der Eizelle
In-vitro-Fertilisation	Das Befruchten einer Eizelle mit Sperma außerhalb des Körpers in einer Petrischale
Kapazitation	Reifungsprozess des Spermiums im weiblichen Genitaltrakt
Kryokonservierung	Konservierung (von Gameten und Embryonen) mittels Einfrierens
Kulturmedium	Flüssigkeit, in der die Eizelle und das Sperma zur Befruchtung außerhalb des Körpers zusammengeführt werden
Laparoskopie	Bauchspiegelung, durch die wenig invasiv das Innere des Bauchs sichtbar wird
Reproduktion	Reproduktion bezieht sich in dieser Arbeit ausschließlich auf die menschliche Fortpflanzung
Oozyten	Eizellen
Ovulation	Eisprung
Vitrifizierung	Kristallisationsfreies Einfrieren von Eizellen

Abkürzungsverzeichnis

AMH	Anti-Müller-Hormon
ART	Assistierte Reproduktionstechnologien
ASRM	American Society of Reproductive Medicine
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FMedG	Fortpflanzungsmedizingesetz
FMedRÄG	Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz
FSH	Follikelstimulierendes Hormon
GT	Grounded Theory
IVF	In-vitro-Fertilisation
LH	Luteinisierendes Hormon, wichtig für Eisprung und Gelbkörperbildung
MEF	Medical Egg Freezing
SA	Situationsanalyse
SEF	Social Egg Freezing
VfGH	Verfassungsgerichtshof

Abstract

Unter dem Begriff *Social Egg Freezing* (SEF) wird die Reproduktionstechnologie des Einfrierens von Eizellen seit einigen Jahren vermehrt im Kontext der biographischen Lebensplanung diskutiert. Die Möglichkeit des SEF soll das Alter des „Kinderkriegen – Können“ als biologische Tatsache an das Alter des „Kinderkriegen – Wollen“ als soziale Tatsache (aufgrund von Faktoren wie Beruf, Partnerschaft oder ökonomischem Druck) heranführen und die tickende biologische Uhr der Frau anhalten. Ausgehend von der Technologie des SEF untersuche ich in der vorliegenden Arbeit Diskurse zu weiblicher (Un)Fruchtbarkeit im Spannungsfeld von Technologie, Körper und Gesellschaft. Anhand von Expert_inneninterviews und der Analyse weiterer Materialien wie Gesetzestexten und Stellungnahmen arbeite ich das SEF als soziomaterielles Verfahren einer technopolitischen Kultur heraus.

Beim SEF wird der weibliche, fruchtbare Körper zum Aushandlungsfeld gesellschaftlicher Dynamiken und biologischer Fakten. Als Ausdruck einer Biomedikalisierung transformiert das SEF (und die damit korrespondierenden Technologien der Fruchtbarkeitsmessung) die weibliche Fruchtbarkeit in ein medizinisches Problem. Als medizinisches Problem anerkannt, legt es technologische Interventionen nahe und legitimiert deren Einsatz in den Momenten, in denen die sozialen Beweggründe kontrovers bleiben. Anhand der Potentialzuschreibungen der Eizelle und des Anti-Müller-Hormons analysiere ich diesen Transformationsprozess von biologisch-

medizinischem Wissen in eine Technologie, die spezifisches Körperwissen zum weiblichen Körper fördert, aber auch erfordert und nach Technologien des Selbst verlangt.