Schweizerischer Nationalfonds

Vielen Dank an den Schweizerischen Nationalfonds (SNF)
für die Publikationsförderung

Laura Perler
SELEKTIONIERTES LEBEN
Eine feministische Perspektive auf die Eizellenspende

1. Auflage 2022
info@edition-assemblage.de | www.edition-assemblage.de
edition assemblage
Postfach 27 46
D-48041 Münster

ISBN 978-3-96042-118-4
Lektorat: Carla Schäfer und Silvana Schmidt
Satz: Hannah C. Rosenblatt
Umschlag: Meret Gschwend
Umschlagfoto: Tamara Sánchez Pérez
Druck: Bookpress | Printed in Poland 2022

Eigentumsvorbehalt: Dieses Buch bleibt Eigentum des Verlages, bis es der gefangenen Person direkt ausgehändigt wurde. Zur-Habe-Nahme ist keine Aushändigung im Sinne dieses Vorbehalts. Bei Nichtaushändigung ist es unter Mitteilung des Grundes zurückzusenden.

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Laura Perler

Selektioniertes Leben

Eine feministische Perspektive auf die Eizellenspende

edition assemblage

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 6
Glossar 7
1. Einleitung 11

2. Die Eizellenspende als medizinischer Prozess 26

2.1. Kurze Geschichte der Reproduktionsmedizin *26*
2.2. Die Eizellenspende *28*
2.3. Die Reprogenetik *30*

3. Die Transnationale Eizellenspende 32

3.1. Die soziale Konstruktion von Biologie *32*
3.2. Tradierung oder Revolution der Geschlechterordnung? *35*
3.3. Der transnationale Markt der Eizellenspende *37*
3.4. Die Reprogenetik: The new normal in der Reproduktionsmedizin *51*
3.5. Die Verbindung von Reproduktions- und Gentechnik *55*

4. Forschungsablauf, Ethik und Akteur*innen 56

4.1. Von der Datenerhebung zur Datenanalyse *56*
4.2. Ethische Reflexion *60*
4.3. Stimmen *65*

5. Der Kontext:
Multiple Akteur*innen in einem dynamischen Feld 68

5.1. Spanien: Das europäische Reproduktionseldorado *68*
5.2. Deutschsprachiger Kontext *83*
*5.3. CREAVIVA: Zentrale Akteur*innen und Prozesse* *85*

6. Fotostrecke 93

7. Der konzeptionelle Rahmen:
Das ‚gesunde' Kind als Imaginativ 143

Theoretischer Einschub I: Normierte Zukunftsvorstellungen 148

8. Machtverhältnisse:
Die strukturelle Basis des ‚gesunden' Kindes 152

8.1 Audioauftakt *152*
8.2. Die Produktion von (Un-)Sichtbarkeiten *154*
8.3. Die Konsolidierung der Ungleichheitsverhältnisse *163*
8.4. Zwischenfazit. *176*

Theoretischer Einschub II: Krankheit, Tod und Technik *178*

9. Zukunftsvisionen:
Technik und Fortschritt führen zum ‚gesunden' Kind 184

9.1. Audioauftakt *184*
9.2. Diskurse aus der Klinik. *185*
9.3. Diskurse der Spenderinnen:
„Es ist schon gut, machen sie diese Tests" *198*
*9.4. Diskurse der Empfänger*innen:*
„Tant pis, machen wir einen Kaiserschnitt" *203*
9.5. Zwischenfazit. *207*

Theoretischer Einschub III:
Die zeitgenössische Biomedizin als Zukunftsmedizin *210*

10. Gegenwartspraktiken:
Wie das ‚gesunde' Kind hergestellt werden soll 215

10.1. Audioauftakt III. *215*
10.2. Die Selektion – Eine Übersicht *216*
10.3. Unsichere Sicherheiten *226*
10.4. Zwischenfazit *243*

11. Von der Utopie des ‚gesunden' Kindes
zu einer Utopie der Verletzlichkeit 244

12. Danksagung 260

13. Bibliographie 262

Abbildungsverzeichnis

Grafiken
Abbildung 1 Einkommen der Spenderinnen
Abbildung 2 Risiken der Spende,
Abbildung 3 Meinung zum Trägertest
Abbildung 4 Resultate Trägertest

Fotografien
Seiten 96-141 © Tamara Sánchez Pérez

Glossar

Ableismus Der Begriff Ableismus beschreibt die gesellschaftliche Diskriminierung von Menschen mit Be_hinderung, indem bestimmte Fähigkeiten – laufen, sehen, sozial interagieren – als Norm gesetzt werden und Menschen, welche diesen Normen nicht entsprechen auf die dementsprechende Beeinträchtigung reduziert werden und gesellschaftlich marginalisiert werden.
AI Artificial Insemination (Intrauterine Insemination: Spermienübertragung direkt in die Gebärmutter).
Anamnese Systematische Befragung des Gesundheitszustandes.
Anthropomorphisierung Vermenschlichung.
ART Assisted reproductive technologies (Assistierte reproduktive Technologien). Darunter fallen bspw. IVF und Eizellenspende.
Autoethnographisch Ein qualitativer Forschungsansatz, welcher persönliche Erfahrung systematisch beschreibt und analysiert.
Biopsie Entnahme von Gewebe.
Blastozystenstadium Das Teilungsstadium der Embryonen ca. 5-7 Tage nach der Befruchtung.
BRCA Sog. Brustkrebsgen. Eine Genmutation, welche mit einem erhöhten Risiko für eine Brustkrebserkrankung einhergeht.
Chromosomenaberrationen Eine veränderte Struktur oder Anzahl der Chromosomen eines Genoms. Ein bekanntes Beispiel sind etwa Trisomien.
Chromosomenscreening Sog. „nicht-invasive pränatale Tests" (NIPT), genutzt primär zur Eruierung von Trisomien. Dabei handelt es sich um einen „Suchtest" (Screening), und nicht um eine echte Diagnose, wie z.B. bei einer Fruchtwasserpunktion.
CNRH Comisión Nacional de reproducción humana asistída (Spanisches Aufsichtsorgan über die Reproduktionsmedizin).
CRISPR/Cas9 Neue, molekularbiologische Methode, um DNA gezielt zu schneiden und zu verändern. Damit können einzelne DNA-Bausteine eingefügt, entfernt oder modifiziert werden.
DNA Abkürzung für Desoxyribonukleinsäure. Doppelsträngiges Molekül, welches die Erbinformation enthält.
Dritte Sogenannte Dritte (auch Drittparteien) werden Samenspender, Eizellenspenderinnen und Leihmütter genannt, welche über ihre Keimzellen oder ihre Gebärmütter in ein Verfahren der assistierten Reproduktion involviert sind.
Embryoscope Inkubator, in welchem die Zellteilung der Embryonen per Video überwacht werden kann.

Embryotransfer Der Tag der Einpflanzung der Embryonen, welche außerhalb des Körpers befruchtet wurden.
Epigenetik Teilgebiet der Biologie. Sie beschäftigt sich mit der erblichen genetischen Modifikation mit Wirkung auf den Phänotypus ohne Änderung der DNA-Sequenz.
Eugenik Rassistische und ableistische Anwendung der Humangenetik auf Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik. Der Begriff geht auf den britischen Anthropologen Francis Galton zurück.
FINRRAGE Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering. Feministische Gruppierung aus den 1980er Jahren, welche sich kritisch mit Reproduktions- und Gentechnik auseinandersetzte.
Follikel Hier primär Ovarialfollikel des Eierstockes. Synonym für Eizellen.
Genetischer Trägertest Genetische DNA-Blutuntersuchung, mit welcher bestimmte Marker auf vererbbare Krankheiten untersucht werden. Bekannte heute so getestete Krankheiten sind etwa Muskoviszidose, Huntington oder Hämophilien.
Genom Gesamtheit aller Gene eines Organismus.
Genotypus Die gesamte genetische Information eines Individuums: Individueller Gensatz. Im Gegensatz dazu steht die tatsächliche körperliche Erscheinung: der Phänotypus.
Genetisches Matching Vergleich des genetischen Trägertests des genetischen Vaters mit demjenigen der genetischen Mutter.
GT Genetischer Trägertest.
Heteronormativität Gesellschaftliches Wertesystem, welches Heterosexualität als Norm postuliert.
ICSI Intrazytoplasmatische Spermieninjektion. Technik, bei welcher das Spermium mit einer dünnen Nadel direkt in die Eizelle transferiert wird. Wurde ursprünglich primär benutzt, wenn Spermien nicht die für die Fortpflanzung nötige Mobilität aufwiesen. Heute Standard in den spanischen Kliniken.
Iatrogenesis Krankheitsbilder, welche durch ärztliche Maßnahmen erzeugt wurden.
Imaginativ Abgeleitet vom Englischen: *Social Imaginaries.* In meiner Definition: Geteilte Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Ängste, welche die Zukunft betreffen. Auf Ungleichheitsstrukturen beruhend, Machtverhältnisse (re)produzierend und eine spezifische Gegenwart hervorbringend.
Informed Consent Informierte Einwilligung/Informiertes Einverständnis. Informierung, Aufklärung und Einwilligung der Patient*innen zu einer medizinischen Maßnahme.

Inkubator Ein medizinisches Gerät, in welchem man Temperatur und Luftfeuchtigkeit kontrollieren kann. Hier meist synonym mit *Embryoscope* benutzt.
IVF In-Vitro-Fertilisation. Methode zur assistierten Befruchtung im ‚Reagenzglas', außerhalb des Körpers.
Karyotyp Das Erscheinungsbild eines Chromosomensatzes.
Kryokonservierung Die Konservierung von Zellen durch einfrieren. Als Kühlmedium dient (meist flüssiger) Stickstoff.
Mendel'sche Krankheiten Über die mendel'sche Regel vererbte, monogenetische Krankheiten. Krankheiten, die durch die Mutation eines einzelnen Gens ausgelöst werden.
Pathogen krankmachend.
Penetranz (Genetik) Die prozentuale Wahrscheinlichkeit, mit der ein bestimmter Genotypus einen Phänotypus herausbildet.
Peripartal Zeitrahmen ‚um die Geburt herum' (Ende der Schwangerschaft bis Ende vom Wochenbett).
PGT Preimplantation genetic testing (siehe Präimplantationsdiagnostik).
Phänotypus Erscheinungsbild (Eigenschaft) eines Individuums, welches durch den Genotypus und weitere Einflüsse bestimmt wird.
Prädiktive Medizin Teilgebiet der individualisierten Medizin, welche sich mit Prädispositionen für bestimmte Krankheiten und somit viel mit Prävention befasst.
Präimplantationsdiagnostik Genetische Analyse vor der Implantation eines Embryos. Wird über die Biopsie von Zellen oder Polkörperchen gemacht. Es gibt verschiedene Verfahren: PGT-M (Eruierung von monogenetischen Krankheiten), PGT-SR (Eruierung von Chromosomenverteilung), PGT-A (Aneuploidien, Abweichung der Anzahl der Chromosomen).
Punktion Entnahme der reifen Eizellen über eine sogenannte Follikelpunktion.
Reprogenetik Genetische Diagnose und Screeningverfahren in Zusammenhang mit assistierter Reproduktion.
SEF Sociedad Española de Fertilidad (Spanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin).
SIRHA Sistema de Información de Reproducción Humana Asistida (Spanisches Register der assistierten Reproduktion).
SRT Selective Reproductive Technologies (Selektive Reproduktionstechnologien). Damit wurden ursprünglich primär Techniken der Selektion (also etwa Präimplantations- und Pränataldiagnostik) erfasst, während Techniken der Assistenz (IVF, Eizellenspende) nicht darunter subsumiert werden. In diesem Buch wird die Eizellenspende als selektive Reproduktion aufgezeigt.

STD Sexual Transmittable Diseases (Sexuell übertragbare Krankheiten).
Stratifizierte Reproduktion Ein 1995 von Shellee Colen eingeführter Begriff, mit welchem die ungleiche Bedeutung von Reproduktionsarbeit für verschieden situierte Menschen analysiert wird.
STS Science and Technology Studies. Ein Forschungsfeld, welches die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft, Wissenschaft und Technik untersucht.
Varianten Auch Genmutation genannt. Bleibende Umwandlung im Erbgut (Chromosom, Gen) die im Prinzip weitervererbt werden kann.

1. Einleitung

> „Der Hauptzweck der assistierten Reproduktion […] ist ein ‚gesundes' Baby, richtig? Keine Schwangerschaft, [sondern] ein ‚gesundes' Baby. […] Ich glaube, dass die assistierte Reproduktion in zehn Jahren zum normalen Leben vieler Paare gehören wird. Es werden hier nicht nur Paare herkommen, welche keine Kinder haben können, sondern [auch] Paare, welche eine größere Garantie haben wollen, ein ‚gesundes' Kind zu haben. Ich glaube, in diese Richtung geht es" (José Luis, Arzt, Valencia, 15.8.2018).[1]

> „Ich sage ja immer, das mit gutaussehenden Embryonen ist die gleiche Geschichte wie mit gutaussehenden Männern. Nach dem Motto ‚Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser' – und die beste Kontrolle haben wir über Genetik" (Jelena, Ärztin, Alicante, 19.11.2018).

Während meiner Forschung in einer spanischen Reproduktionsklinik wurde ich immer wieder mit zwei bestimmten Grundannahmen konfrontiert. Diese zeigten sich in diversen Aussagen und Bemerkungen, in verschiedensten Situationen und Momenten, zwischen Tür und Angel, bei beiläufigen Gesprächen oder in Interviews und Beobachtungssituationen. Die Grundannahmen waren: Alle wollen ein ‚gesundes' Kind (manchmal auch: niemand will ein ‚krankes' Kind[2]). Und: Die Reproduktionsmedizin wird sich in Zukunft ‚normalisieren', „[e]ine normale Reproduktion, nur sicherer" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

1 Alle empirischen Zitate wurden von mir vom Spanischen ins Deutsche übersetzt. Wo dies sinnvoll erschien, habe ich einzelne spanische Ausdrücke belassen.

2 In diesem Buch zeige ich auf, wie die Begriffe ‚Gesundheit/Krankheit' von verschiedenen Akteur*innen benutzt werden. Ich werde die Begriffe ‚gesund' oder ‚krank' jedoch in Anführungszeichen setzen, um damit aufzuzeigen, dass dies umstrittene Konzepte sind, deren Bedeutung nicht klar definiert ist. Im Verlauf dieses Buches sollen auch verschiedene Forschungsstränge vorgestellt werden, in welchen es eine vertiefte Diskussion der Dimension ‚Krankheit/Gesundheit' gibt (etwa Medizinanthropologie und -soziologie und Critical Disability Studies). Eine zweite Anmerkung diesbezüglich: Es geht hier darum, die Machtstrukturen und diskriminierenden Alltagspraktiken in der Reproduktionsmedizin aufzuzeigen und kritisch zu reflektieren. Deshalb werden punktuell auch diskriminierende Aussagen reproduziert, etwa wenn rassistische oder ableistische Aussagen von Klinikmitarbeitenden wiedergegeben werden. In den empirischen Teilen werden diese aber jeweils von einem Disclaimer eingeleitet und mit einer kritischen Analyse kontextualisiert.

Zuerst weckte dies mein Interesse nur spärlich, handelt es sich dabei doch nicht um außerordentliche Erkenntnisse, um irgendwelche exotischen ‚Neuigkeiten' die sich mir da präsentierten. Im Verlaufe meiner Forschung wurde es für mich jedoch immer klarer, dass gerade in der vermeintlichen Banalität dieser Aussagen eine Brisanz liegt, welche ich näher untersuchen wollte. Denn oft bieten ‚Natürlichkeit' und ‚Normalität' einen guten Deckmantel für Ungleichheits- und Machtverhältnisse. Eine gesellschaftskritische Perspektive sollte deshalb danach fragen „was der aufkommende ‚gesunde Menschenverstand' ist und wie wir ihn als natürlich und wünschenswert ansehen"[3] (Martin 1994, 17). Zudem scheint mir, dass diese Spezifika (‚Gesundheit' und Normalisierungstendenzen) zwar im spanischen Reproduktionsmarkt besonders ausgeprägt sind, jedoch darüber hinaus auch für andere Kontexte Gültigkeit haben. Der Blick auf spanische Kliniken als vermeintliche Vorreiterinnen lässt erahnen, in welche Richtung es auch im deutschsprachigen Raum gehen könnte und welche Tücken in den in Spanien bereits normalisierten Verfahren liegen.

Dieses Buch[4] trägt den Titel „Selektioniertes Leben." Damit verweise ich auf eine doppelte Funktion von Selektion. Einerseits wird das Leben, das mittels Eizellenspende in Kliniken hergestellt wird, sorgfältig selektioniert. Leben entsteht hier eben nicht zufällig, sondern wird mit Hilfe modernster Technologie vielmehr selektiv hergestellt. Zu diesem Zwecke werden auch die Menschen, welche an die Kliniken gelangen, um ihre Eizellen zu ‚spenden', minutiös selektioniert. Diese doppelte Selektion will ich hier genauer unter die Lupe nehmen: Was sagt diese Selektion über gesellschaftliche Normen und Werte aus? Und welche Verbindungslinien bestehen zwischen der *„eggs-ploitation"* (Pfeffer 2011) von Eizellenspenderinnen[5]

3 Ich beziehe mich in dieser Arbeit primär auf Texte, welche in englischer, französischer und spanischer Sprache erschienen sind. Alle Zitate wurden von mir (mit der freundlichen Unterstützung von Leonie Haller) in die deutsche Sprache übersetzt.

4 Das Buch ist auf Basis meiner Dissertation entstanden, wurde jedoch überarbeitet und gekürzt. Die Arbeit ist in der Universität St. Gallen einsehbar unter dem Titel: „Die Verheissung gesundes Kind. Eine Analyse der spanischen Eizellenspendeökonomie."

5 Ich spreche in diesem Buch gezielt in weiblicher Form von Spenderinnen und nicht von Spender*innen. Der Entscheid für diese Schreibweise gründet auf verschiedenen Motiven: 1) In meinem Datenmaterial haben sich alle Spenderinnen als weiblich identifiziert. 2) Es gibt auch aus der Literatur meines Wissens keine Berichte von trans, inter oder nicht-binären Eizellenspender*innen. 3) Es ist stark davon auszugehen, dass in der minutiösen Selektion der Reproduktionskliniken, welche ich hier beschreibe, gerade potenzielle trans Spender*innen eben pathologisiert und somit ausgeschlossen würden.

und der ableistischen[6] Produktion ‚gesunder' Körper?

Ich schließe mich damit auch älteren kritischen Stimmen an. Bereits in den 1980er Jahren haben Feminist*innen des Netzwerks FINRRAGE[7] auf die untrennbare Verknüpfung von Reproduktions- und Gentechniken verwiesen und ihre fundamentale Kritik an dieser Verbindung festgemacht:

> „Die Reproduktionstechnologien und die Gentechnik bringen die Menschheit auf eine schiefe Bahn, indem sie die Menschen zu körperlosen, therapeutischen Modalitäten in den Händen von Technokraten werden lässt" (Klein 2008, 165).

In Bezug auf die Spenderinnen lässt sich fragen, ob die Gentechnik diese noch mehr zu fragmentierbaren *Dividuen* (statt Individuen) macht (Gupta and Richters 2008, 248). Bezüglich des Lebens, welches hier hergestellt werden soll, muss kritisch nach der gesellschaftlichen Auswirkung einer solchen genetischen Selektion gefragt werden: Welche Leben werden hier ausselektioniert, welche Leben gelten als lebenswert, und welchen wird dies – qua Genetik – abgesprochen?

Die feministischen Debatten diesbezüglich befinden sich immer auch in einem Spannungsfeld: So können die Technologien im Bereich der Reproduktion als empowernde Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben gelesen werden, andererseits haben sie auch ein be_hindertenfeindliches Potenzial (Achtelik 2015). Antiableistische Kämpfe haben sich darum in verschiedensten Kontexten mit dem Einfluss vorgeburtlicher Selektion auf Menschen mit Be_hinderung befasst. Historisch wichtige feministisch-antiableistische Ereignisse sind sicherlich die

---

Die Eizellenspende, so wie sie gegenwärtig praktiziert wird, betrifft damit primär cis-geschlechtliche Frauenkörper. Nichtsdestotrotz möchte ich hiermit anerkennen, dass die Möglichkeit besteht, dass auch nicht-binäre, inter oder trans Menschen potenziell Eizellenspender*innen sein könnten und diese Frage weiterer Forschung bedarf. Alle weiteren Akteur*innen werden jedoch per Gender-Sternchen gegendert, um Identitäten jenseits des binären Geschlechtersystems zu integrieren.

6 Der Begriff Ableismus beschreibt die gesellschaftliche Diskriminierung von Menschen mit Be_hinderung, indem bestimmte Fähigkeiten – etwa laufen, sehen, sozial interagieren – als Norm gesetzt werden und Menschen, welche diesen Normen nicht entsprechen auf die dementsprechende Be_hinderung reduziert werden.

7 FINRRAGE steht für Feminist International Network of Resistance to Reproductive and Genetic Engineering und bezeichnet einen Verbund von kritischen Feminist*innen aus den achtziger Jahren.

Kongresse „Frauen gegen Gen- und Reproduktionstechnologie", welche 1985 in Bonn und 1988 in Frankfurt stattfanden. In derselben Zeit wurde auch das internationale Netzwerk FINRRAGE gegründet, welches sich mit den bevölkerungspolitischen Aspekten der Reproduktions- und Gentechnik beschäftigte. In der Schweiz wurde die Einführung der Präimplantationsdiagnostik im Jahre 2016 von Organisationen für Menschen mit Be_hinderung stark bekämpft. Gerade in Bezug auf das Thema Leihmutterschaft formieren sich vielerorts Bewegungen, welche sich auch allgemeiner kritisch mit der Reproduktionstechnik auseinandersetzen. Aus Österreich ist etwa „www.stoppt-leihmutterschaft.at" zu nennen oder auf internationaler Ebene die „*Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution.*" In Deutschland übt das „Gen-ethische Netzwerk" immer wieder Kritik an der Verbindung von Repro- und Gentechnik und deren ableistischen Grundlagen. Ende 2019 gründete sich die „Feministische Initiative gegen reproduktive Ausbeutung (fem*ini)", ein Zusammenschluss verschiedenster feministischer Akademiker*innen und Aktivist*innen aus dem deutschsprachigen Raum, und lancierte Anfang 2020 die Stellungnahme „Für reproduktive Gerechtigkeit! Das Verbot von Eizellspende und Leihmutterschaft muss aufrechterhalten bleiben"[8]. In diesem Aufruf wird die Kritik an der Eizellenspende primär mit der Ausbeutung von Drittparteien begründet. In diesem Buch soll nun nachgezeichnet werden, inwiefern diese Ausbeutungsstrukturen von Drittparteien eng zusammenhängen mit ableistischen Praktiken der Selektion. Diese Verkopplung von diversen Ungleichheitsregimes ist gerade bei der Eizellenspende zentral. Denn wie ich aufzeigen werde, bedeutet assistierte Reproduktion hier auch selektive Reproduktion. Fragen der reproduktiven Selbstbestimmung müssen daher durch eine antiableistische Perspektive erweitert werden.

Um diese auf verschiedene Weise selektionierten Leben aufzuspüren, bietet es sich an, sich mit dem in den Reproduktionskliniken vorherrschenden Imaginativ zu befassen: dem ‚gesunden' Kind. Mit Imaginativ meine ich, dass das ‚gesunde' Kind in diesem Kontext einerseits als individueller Wunsch omnipräsent ist, andererseits aber auch als kollektives, hegemoniales Zukunftsszenario wirkt. Der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind bringt zudem verschiedene Akteur*innen erst zusammen: Eizellenempfänger*innen, Eizellenspenderinnen, Reproduktionsmediziner*innen und Genetiker*innen haben ihre jeweils eigene Perspektive und Praxis in Bezug auf die Herstellung des

8 https://gen-ethisches-netzwerk.de/stellungnahmen/juni-2021/fuer-reproduktive-gerechtigkeit-reproductive-justice. Abgerufen am 22.12.2021.

‚gesunden' Kindes. Die Idee des ‚gesunden' Kindes verweist auch auf die Vorstellung dessen, was als ein ‚gutes' Leben imaginiert wird. Der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind materialisiert sich schließlich auch in den technischen Möglichkeiten, welche das Versprechen in sich tragen, ‚gesündere' Kinder herzustellen.

In diesem Buch untersuche ich, wie sich das Imaginativ eines ‚gesunden' Kindes in konkreten klinischen Praktiken der Selektion manifestiert. In diesem Sinne handelt es sich dabei um einen medizinkritischen Beitrag, bei welchem nicht danach gefragt wird, was ein medizinisches Problem ist, „sondern vielmehr, wie es als medizinisches Problem dargestellt (und akzeptiert) wurde und welche Folgen dies hat" (Bell und Figert 2015, vii). Ausgangspunkt für meine Untersuchung ist der transnationale spanische Markt, denn Spanien ist europäischer Leader sowohl im Bereich der Eizellenspende wie auch im Bereich der Reprogenetik, also im Bereich der genetischen Diagnose- und Screeningverfahren in Zusammenhang mit assistierter Reproduktion (Pavone und Lafuente-Funes 2018; Pavone und Arias 2012; González 2014). Die Stadt Valencia, in welcher ich den Hauptteil meiner Forschung durchführte, ist diesbezüglich exemplarisch. Neben den zahlreichen privaten und international tätigen Reproduktionskliniken, darunter das weltweit größte und renommierte Klinikkonsortium *Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI)*, beherbergt Valencia wichtige, auf Reprogenetik ausgerichtete Firmen. Ausgehend von diesem spanischen, transnational ausgerichteten Reproduktionsmarkt, erörtere ich folgende Fragestellungen: Wie materialisiert sich das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes in den Zukunftsvisionen und Gegenwartspraktiken der Reproduktionsklinik? In welche Machtverhältnisse ist die Herstellung eines ‚gesunden' Kindes eingebettet? Und schließlich: Wie ist dieses Imaginativ des ‚gesunden' Kindes mit der Bioökonomie der transnationalen Eizellenspende verschränkt?

Methodische Überlegungen

Zentral für mein Vorgehen ist ein praxeographisches Forschungsdesign, denn ich erfasse die soziale Konstruktion von Realität über die Beobachtung von Praktiken (Mol 2002; Law und Mol 2011; Schatzki 2012). Ich schaue mir an, wie sich das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes verschieden manifestiert: In gesellschaftlichen Normen und Werten, in ökonomischen Logiken, in den strukturellen Bedingungen, in Zukunftsvisionen und spezifischen Techniken sowie schließlich in den Gegenwartspraktiken der Reproduktionskliniken. Ich betrachte das ‚gesunde'

Kind aber auch mit verschiedenen konzeptionellen Brillen. Verschiedene Textformen bringen meine Analyse in Dialog mit anderen Stimmen aus dem Feld oder aus der Literatur. Schließlich ziele ich, inspiriert durch Ansätze einer *sensory ethnography* (Pink 2015), mit der Integration von visuellen wie auch auditiven Elementen darauf ab, die spanische Reproduktionsmedizin auch sinnlich erfahrbar zu machen.

Grundlage für dieses Vorgehen ist die Idee der *Multiplizität* (Mol 2002; Law und Mol 2011). Beispiele dafür sind, wie in der untenstehenden Anekdote beschrieben, das Sichtbarmachen von multiplen Zeitlichkeiten in meiner Forschung, aber auch die Nutzung heterogener Zugänge zum Forschungsfeld sowie ein Interesse am Zusammenspiel von verschiedenen Subjekten, Imaginativen und Techniken im Alltag der Reproduktionsmedizin. Die Idee der *Multiplizität* soll hier nicht nur vorgestellt, sondern auch angewandt werden, indem verschiedene Textarten und Medien in dieser Ethnographie miteinander verwoben werden. So erläutere ich meine methodisch-konzeptionellen Bezüge sowie die konkreten forschungstechnischen Vorgehensweisen und Analysen im Fließtext. In den durch Schrift und Form abgehobenen Passagen (graue Kästen) soll die Entstehungsgeschichte dieses Buches greifbar werden. Hier bringe ich persönliche Tagebuchnotizen, aber auch Interviewausschnitte und damit andere Stimmen in Dialog mit dem Fließtext. In den empirischen Kapiteln (Kapitel 8, 9 und 10) dienen die Kästen dazu, weitere Stimmen aus der Theorie in Dialog mit meinen empirischen Beobachtungen und Analysen zu bringen.

Tagebuchnotiz, Valencia, 22.11.2018

Es ist mein letzter Tag in der Klinik. Ich gehe von Abteilung zu Abteilung, um mich zu verabschieden. Im Operationssaal kommt der Chefarzt José Luis auf mich zu und meint, wann immer ich wolle, könne ich zurückkommen, die Türen seiner Klinik würden mir offenstehen. Am Schluss schreit er mir noch zu, in seiner unverwechselbaren Art: „Dame un beso, Perler." Nachdem ich die Runde gemacht habe, mittlerweile schon etwas wehmütig, bleibe ich noch am Empfangstresen stehen und plaudere mit den beiden administrativen Hilfskräften. Wir reden über das Profil der Spenderinnen. Die meisten – so die beiden einstimmig – seien wohl Mütter; junge Frauen, welche sonst putzen oder in der Pflege arbeiten und sich mit der Spende etwas dazuverdienen. Für die sei das ein Job wie jeder andere auch. Mit Hinblick auf die gesetzlich festgelegte, nichtkommerzialisierte Spende in Spanien ist dies eine delikate Aussage.

Als ich mich von ihnen verabschiede und nach Hause laufe, staune ich nochmals über die Transformation meiner Position in dieser Klinik. Vor zehn Monaten war mein erster Tag hier, es sah so aus, als ob meine ganze Forschung ins Wasser fallen würde. Die Stimmung war alles andere als gelöst; mein erstes Treffen mit José Luis, damals für mich noch Dr. Perez, desaströs: Was ich eigentlich hier wolle – und sowieso, mit den Spenderinnen könne ich sicher nicht reden, maximal drei Monate dürfe ich hier verbringen und ich solle mal schauen, dass ich ihm ein richtiges Forschungsdesign präsentiere, all meine Ideen seien ihm viel zu vage. Im Laufe der Zeit wurden mir dann aber doch Türen geöffnet, anfängliches Misstrauen wich einer wachsenden Vertrautheit und innerhalb dieser zehn Monate fügten sich die Bilder und Eindrücke, die Daten und Gespräche, die Zugänge und Lücken zusammen zu dem, was ich nun hier schreibe.

Diese Textbausteine, welche mosaikartig in diesen Fließtext eingebaut sind, haben an gewissen Stellen die Aufgabe, eine Idee zu vertiefen oder an einem Beispiel zu verdeutlichen. An anderen Stellen soll im Gegenteil dazu gerade ein Kontrastpunkt zum Fließtext geliefert werden. Dabei ist es mein Ziel, mit diesen angespielten Assoziationen ein Denkfeld zu eröffnen und dabei die Lesenden einzuladen, Verbindungen mit ihren eigenen Erfahrungshorizonten herzustellen. Für dich als Leser*in bedeutet dies, dass du dir Zeit nehmen musst, um von einer Ebene zur anderen überzugehen und die Verbindungen zwischen diesen Sphären herzustellen. Mit diesem Vorgehen beabsichtige ich, verschiedene Stimmen in den Text zu weben sowie die Leser*innenschaft darauf hinzuweisen, dass dieser Text produziert wurde von einer Person mit einer spezifischen Positionalität und Situiertheit. Damit soll der Inhalt, das ‚Hier und Jetzt' dieses Buches, mit dem Kontext, dem größeren ‚Dort und Dann', welches diesen Inhalt primär hervorbrachte, verbunden werden (Lury und Wakeford 2012, 12). Die Form ist damit auch ein Versuch, dem „Hinterland der Methoden" (Law 2004: 37) Rechnung zu tragen. John Law beschreibt mit diesem Begriff die Unordnung von Realität – „flüchtig, emotional, schlüpfrig, schwer fassbar oder diffus" (2004, 2) – welche durch sozialwissenschaftliche Methoden oft in eine vordefinierte Struktur, in Klarheit gezwängt wird (Ebd., 5). Diese Form entspricht damit auch den Kriterien von autoethnographischer Forschung. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass systematische ethnographische Methodik mit kreativen Elementen des Storytelling verbunden wird (Ellis und Bochner 2000, 739).

Schließlich präsentiere ich meine Daten in multipler Form: Neben den verschiedenen Textformen sind auch Geräuschkulissen und Stimmen aus dem Feld zu hören sowie Ausschnitte aus einem Videotagebuch einer Eizellenempfängerin zu sehen. Fotos aus einer Zusammenarbeit mit einer Fotografin geben zudem einen visuellen Einblick in eine Reproduktionsklinik und in das Leben von spanischen Eizellenspenderinnen. Diese Herangehensweise ist inspiriert von dem, was Sarah Pink *sensory ethnography* nennt (Pink 2015, 7). Dieses Buch baut insofern auf diesem Ansatz auf, als dass ich versuche, über den Einbezug von diversen Medien auch den Lesenden eine ‚Erfahrung' des Forschungsfeldes zu ermöglichen. Dieses Ziel ist auch ein politisches und antiableistisches: Nämlich ein Versuch, möglichst große Barrierefreiheit herzustellen. Während die Analysen und der Fließtext gewissen Menschen unzugänglich verbleiben mögen, bieten die Fotos, die Audioscapes und das Videotagebuch visuelle und auditive Einblicke, welche es einer größeren Leser*innenschaft ermöglichen sollen, meine Forschung mitzuerleben.

In diesem Buch sollen über Anekdoten und Geschichten schließlich größere strukturelle Zusammenhänge in den Blick geraten. Der von Leigh Star vorgeschlagene Begriff des „Webens" scheint mir eine passende Metapher für mein Vorhaben: Verschiedene Materialitäten werden zusammengewoben in ein finales und somit singuläres Produkt (Bauchspies and Bellacasa 2009). Insofern das vorliegende Buch definitiv das Produkt eines Webvorganges ist, sind darin verschiedene Arten von Material verarbeitet. Stimmen: von Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen; von Ärzt*innen, Genetiker*innen, Embryolog*innen, Fotograf*innen, Kolleg*innen und Supervisor*innen. Erfahrungsebenen: verkörperlichte, persönliche, emotionalsinnliche, von Theorie und Literatur geprägte. Positionalitäten: Meine Subjektivität, geprägt von Klassenzugehörigkeit, Hautfarbe, Körperlichkeit, Nationalität, Geschlecht trifft auf anders positionalisierte Subjekte. Zeitlichkeiten: Die Datenerhebung für dieses Buch wurde im Zeitraum 2016-2021 verfasst. Medien: Verschiedene Textformen, Audioscapes, Fotos, Videotagebücher. Methodik in diesem Sinne ist die Art, wie diese multiplen Stränge miteinander verwoben wurden. Beteiligt an dieser Webtechnik waren aber auch diverse Gerätschaften: Aufnahmegeräte, Smartphones, Social Media, Dokumente, aber auch mein (schwangerer) Körper, Zigarettenpausen, die Kamera einer Fotografin, Empathie … Solche devices wurden von Lury und Wakeford als zentrale Konnektoren einer Methodik beschrieben: „ein Scharnier zwischen Konzepten und Praxis, Erkenntnistheorie und Ontologie, dem

Virtuellen und dem Realen, das eine Tür [...] zur praktischen Erforschung der sozialen Welt öffnet" (2012, 9).

Das situierte Wissen als Grundlage

Epistemologisch fühle ich mich einer feministischen Tradition des *situierten Wissens* verbunden. Dieses Wissensverständnis geht auf einen 1988 erschienenen und viel zitierten Artikel von Donna Haraway zurück. Darin wird diskutiert, inwiefern Wissen immer aus einer bestimmten Positionalität heraus erschaffen wird. Objektivität, so Haraway, kann nur über das Anerkennen von Teilperspektiven entstehen (1988, 583). Dabei geht es also immer auch um die sozialen Verortungen der Wissensproduzierenden und um spezifisch situierte Wissenscommunities (ebd., 590). *Situiertes Wissen* ist mit einer spezifischen Vision, einer Lokalität, einer Zeitlichkeit und einem bestimmten *Modus Operandi* verbunden. Um dies zu erkennen, bedarf es einer grundlegenden Reflexivität. Die Reflexion der Interpretation der Daten zieht logischerweise auch eine erweiterte Auseinandersetzung mit der eigenen Person nach sich. Sobald wir uns selbst als verkörperte Forschende mit einer bestimmten Positionalität mitdenken und das Datenmaterial nicht als eine abstrakte Realität da draußen erfassen, sondern viel mehr als Materialitäten, Diskurse und Symbole, welche von uns Forschenden zu einem sinnstiftenden Ganzen zusammengedacht werden, muss auch die Frage nach Machtverhältnissen neu gestellt werden. Wenn ich multiple Realitäten zu einem Buch ‚zusammenwebe', ist das für mich selbst auch mit Verantwortung verbunden. Denn wie Sandra Harding bereits 1987 proklamierte, besteht eine feministische Analyse auch darin, die eigene Positionalität offenzulegen und nicht als anonyme Autorität aufzutreten, sondern vielmehr „als ein reales, historisches Individuum mit konkreten, spezifischen Wünschen und Interessen" (1987, 9).

Tagebuchnotiz, Valencia, 10.11.2018

Die Transformation ist erstaunlich: Mit der Rundung meines Bauches verändert sich auch meine Positionalität in der Klinik. Ich werde als Schwangere gelesen, nicht mehr als Forscherin. Ich werde harmlos. Die Leute vertrauen mir mehr Dinge an.

Tagebuchnotiz, Valencia, 13.6.2018

Am dreizehnten Juni komme ich morgens in ‚mein' Büro. Mir wurde ein Büroplatz zugewiesen im administrativen Teil der Klinik, wo ich

zusammen mit den Mitarbeitenden sitze, welche sich um das Marketing sowie um die internationalen Patient*innen kümmern. Während ich mich einrichte, höre ich meinen Zimmergenossinnen mit einem Ohr zu – und stutze plötzlich, als ich den Namen eines mir bekannten Anthropologen höre. Der Anthropologe wurde kurz vorher in einem Dokumentarfilm im öffentlichen Fernsehen eines nordeuropäischen Landes zu seiner – durchaus kritischen – Meinung zur Eizellenspende befragt. Da die Klinik in diesem Moment gerade dabei war, ihre Expansion in genau diesem Land voranzutreiben, wurde die Kritik sehr ernst genommen. Ich höre genau zu und staune: Eine Mitarbeiterin der Klinik hatte die Aussagen, welche im Film gemacht wurden, genau protokolliert, um daraus Handlungsempfehlungen für die Klinik herauszuarbeiten. Aus der Kritik an einer vermeintlichen Ausbeutung von Spenderinnen in einem kommerzialisierten System wurde abgeleitet, dass die Klinik mehr (positive) Erfahrungsberichte von Spenderinnen veröffentlichen sollte. Zudem solle damit argumentiert werden, dass eine Entschädigung altruistische Beweggründe nicht ausschließe. Je länger ich zuhöre, desto mehr hadere ich mit dem Gedanken, dass unsere Forschung, so kritisch sie auch sein mag, auf diese Weise absorbiert und verwertet wird. Ich fragte mich: Wie verändern wir unser Forschungsfeld? Welche Rolle haben wir als Forschende in diesem globalisierten Markt der Fruchtbarkeit? Und inwiefern führt auch Kritik statt zu grundlegenden Veränderungen einfach zu einer Verfeinerung des kapitalistischen Systems?

Das Spezifische an einer feministischen Epistemologie ist es also, die eigenen wissenschaftlichen Webvorgänge immer wieder auch kritisch zu hinterfragen (Bauchspies und Bellacasa 2009; Ghosh 2012). Denn wie Gutiérrez Rodríguez passend bemerkte: „Wie wir die Welt wahrnehmen und interpretieren ist keine unschuldige Praxis, sondern sie hängt eher [von] sozialen Verhandlungen und hegemonialen Strategien der Repräsentation ab“ (2006, o.S.).

Forscher*innen repräsentieren ihr Forschungsfeld auch nicht nur, sondern greifen im Gegenteil immer aktiv in dieses ein (Nahman 2013, 18). Deshalb möchte ich an dieser Stelle auch meine Übersetzungsarbeit sichtbar machen. Ich gebe Stimmen nicht einfach wieder; ich übersetze, arrangiere, verorte sie in einem ganz bestimmten Kontext, aus einer spezifischen Position heraus. Indem ich die Stimmen meiner Forschungspartner*innen in eine wissenschaftliche Handschrift

überführe, besteht natürlich auch die Gefahr einer Einverleibung multipler (subalterner) Stimmen (Gutiérrez Rodríguez 2006). Daher scheint es mir wichtig zu betonen, dass ich mögliche Asymmetrien, welche diese Forschungsverbindungen beinhalten, anerkenne. So unterschied sich die Situation von Eizellenspenderinnen, welche teilweise in einer prekären Lebenskontexte lebten, in krasser Weise von meiner Herkunft aus der Schweiz und meiner sicheren finanziellen Situation; dies beeinflusste in gewissen Fällen auch Forschungspartnerschaften. Auch im Kontakt mit Eizellenempfänger*innen hatte ich eine bestimmte Positionalität als Mutter ohne IVF-Erfahrungen. Ich hatte aber auch dadurch eine Machtposition inne, dass ich die Fragestellungen für diese Arbeit entwickelte. Auf der Basis eines feministischen Wissensverständnisses reagiere ich auf diese Fragen nach Macht und Positionierung, indem ich Kontingenz, Partialität und die potenzielle Fehlerhaftigkeit von Wissensproduktion anerkenne (White und Bailey 2004, 139). Ich kann hier in diesem Buch also nicht mehr und nicht weniger als meine sorgfältig erarbeitete Perspektive bieten, welche sich aus meinen Forschungserfahrungen und einer vertieften Lektüre anderer Forschungen und Theoriearbeiten ergibt. Die spezifische Form des Buches, das Verweben von multiplen Ebenen, Zeitlichkeiten, Bedingungen, Stimmen und Verortungen, ist ein Versuch, meine Situiertheit und damit die Herstellungsgeschichte des zeitlich-räumlichen Substrates, welches dieses Buch letztendlich ist, sichtbar zu machen.

Aufbau des Buches

Mosaik. Weben. Patchwork. Dies sind die Begriffe, welche ich mit meinem Vorgehen verbinde. Dementsprechend nicht-linear kann auch das Buch gelesen werden. Selbstverständlich ist auch ein chronologisches Lesen möglich. Zudem lassen sich die Kapitel auch einzeln lesen. Wer etwa mehr über die feministischen Debatten zu diesem Forschungsfeld erfahren möchte, ist mit dem dritten Kapitel gut bedient. Wer sich spezifisch für den spanischen Kontext und dessen Wichtigkeit für den deutschsprachigen Raum interessiert, erhält im fünften Kapitel die entsprechenden Informationen. Wer einen Einblick in die Welt der spanischen Reproduktionsmedizin erhalten möchte, jedoch keine Lust auf akademische Analysen hat, liest nur die grauen Kästen, schaut sich die Fotostrecke an und hört die auditiven Elemente an (S. 24, 59, 152, 184, 215). Wer einen vertieften empirischen Einblick und eine damit verbundene Analyse lesen möchte, pickt sich eines der empirischen Kapitel heraus. Da in diesem Buch viele fachspezifische Termini benutzt werden, bietet das ausführliche Glossar auf S. 7 eine Orientierungshilfe.

Im Folgenden zeige ich die Inhalte der einzelnen Kapitel kurz auf. Die vier folgenden Kapitel (Kapitel 2, 3, 4 und 5) bilden den *ersten Teil* dieses Buches. Hier erläutere ich die Eizellenspende als kommodifizierte Praxis und meine Herangehensweise an diese Thematik.

Das *zweite Kapitel* gibt einen kurzen Einblick in die medizinischen Grundlagen der Reproduktionsmedizin. Im *dritten Kapitel* stelle ich dann die für das Argument dieses Buches relevante Literatur zur transnationalen Eizellenspende vor. Grundsätzlich situiere ich mich in einer (transdiziplinären) feministischen Debatte, welche neue Formen der Aneignungen von Frauenkörpern in einer globalen Bioökonomie diskutiert (Nahman 2013; Lafuente-Funes 2017; Samerski 2015; Rapp 2000; Martin 1987). Zahlreiche Forschungen haben aufgezeigt, wie über die Eizellenspende rassistische, klassistische und in sonstiger Form diskriminierende Strukturen reproduziert werden (Nahman 2013; Cooper und Waldby 2014; Deomampo 2019; Namberger 2019; Payne 2015; Vlasenko 2015). In Bezug auf Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik haben sich andere Forschende mit den diskriminierenden Aspekten von genetischen Techniken im Kontext be_hinderter und ‚kranker' Körper beschäftigt (Ginsburg und Rapp 2017; Gareth 2017; Rapp 2019; Pavone und Lafuente-Funes 2018). In meiner Arbeit werden diese Debatten zusammengedacht: Es sollen also die multiplen Auswirkungen der Eizellenspende als Technik, welche Leben selektioniert, analysiert werden. Der Forschungsverlauf, einige forschungsethische Überlegungen wie auch eine Vorstellung der zentralen Stimmen im Buch sind Teil des *vierten Kapitels*. Das *fünfte Kapitel* bildet den Schluss vom ersten Teil und steckt den Kontext ab. Hier stelle ich den rechtlichen und ökonomischen Kontext der spanischen Eizellenspendeökonomie vor und gebe einen Überblick über die Geschichte der spanischen Reproduktionsmedizin wie auch über aktuelle Tendenzen des Reproduktionsmarktes. Da es sich hier um ein deutschsprachiges Buch handelt, gehe ich dann auch kurz auf die legale Situation im deutschsprachigen Kontext ein. Auch die konkreten Akteur*innen und Arbeitsprozesse in der Klinik, in welcher ich geforscht habe (ich nenne sie hier CREAVIVA*),* stelle ich an dieser Stelle vor. Damit skizziere ich den lokalen, nationalen und transnationalen Kontext dieses spezifischen Reproduktionsmarktes.

Der *zweite Teil* der Arbeit zeigt die spanische Eizellenspende in Bildern. Das *sechste Kapitel* ist eine Fotostrecke, welche visuelle Einblicke gibt in eine spanische Reproduktionsklinik sowie in den Alltag von vier

Eizellenspenderinnen. Dieses Kapitel wird mit einem kurzen Interview mit der Fotografin Tamara Pérez Sánchez eingeleitet.

Der dritte Teil beinhaltet drei aufeinander aufbauende, jedoch auch separat lesbare empirische Blickpunkte, in welchen ich die Wirkungsmächtigkeit des ‚gesunden' Kindes in der spanischen Eizellenspendeökonomie verdeutliche.

Im *siebten Kapitel* erläutere ich jedoch zuerst die konzeptionelle Brille und das strukturierende Element der folgenden Kapitel. Hier stelle ich das zentrale Konzept des Imaginativs vor. Kurz zusammengefasst definiere ich das Imaginativ als bestehend aus drei Teilen: Ungleichheitsstrukturen/Machtverhältnisse, Zukunftsvisionen und Gegenwartspraktiken. Darauf folgen die drei empirischen Kapitel. Vor jedem empirischen Kapitel steht ein kürzerer (theoretischer) Einschub. Dieser soll dem anschließenden Kapitel eine zusätzliche konzeptionelle Tiefenschärfe verleihen. Die drei empirischen Kapitel folgen vom Aufbau her meiner Definition des Imaginativs (Ungleichheitsstrukturen/Machtverhältnisse, Zukunftsvisionen, Gegenwartspraktiken). Jedes Kapitel wird von einem Audioauftakt eröffnet, in welchem ich verschiedene Stimmen aus der Reproduktionsklinik zum Thema des Kapitels hörbar mache.

Im theoretischen Einschub I stelle ich Erkenntnisse aus den *Queer* und *Crip Studies* vor, welche sich mit normativen Zukunftsentwürfen auseinandersetzen (Muñoz 2009; Edelman 2004; Kafer 2013). Das darauffolgende *achte Kapitel* beschäftigt sich dann mit den weiteren strukturellen Bedingungen, also auch mit den erweiterten Machtstrukturen, auf welchen das Imaginativ aufgebaut ist. Damit werden die ideellen, materiellen und körperlichen Ungleichheitsstrukturen ersichtlich, welche die Basis für das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes bilden.

Im theoretischen Einschub II stelle ich ältere medizin- und technikkritische Ansätze in Bezug auf Krankheit, Tod und Technik vor (Illich 1995 (1975); 1998 (1975); Sontag 2016 (1977); Ellul 1954; 2012 (1977)). Im anschließenden *neunten Kapitel* analysiere ich darauf aufbauend die Wünsche, Hoffnungen und Zukunftsvisionen von Klinikmitarbeitenden, Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen.

Im theoretischen Einschub III diskutiere ich mittels (medizin)anthropologischer Beiträge die aktuelle Biomedizin und ihre spezifische Verbindung zur Zukunft, welche die Gegenwart der Eizellenspende

prägt (Lock und Nguyen 2018; Nielsen 2011; Adams, Murphy und Clarke 2009; Rose 2006; Samerski 2015). Im *zehnten Kapitel* zoome ich dann in die konkreten Gegenwartspraktiken der Reproduktionsklinik und analysiere die Praktiken der Selektion, mit einem Fokus auf den genetischen Trägertest.

Im *elften Kapitel* folgen schließlich eine Diskussion sowie ein abschließendes Fazit. Im Ausblick stelle ich der Utopie des ‚gesunden' Kindes eine Utopie der Verletzlichkeit entgegen.

Mit diesem Buch beabsichtige ich, einen tiefen und dichten Einblick zu geben in das Universum der transnationalen Reproduktionsmedizin. Bevor du in einige grundlegende medizinische Prozesse der Eizellenspende eingeführt wirst, möchte ich dich nun einladen, dem Beginn meiner zehnmonatigen teilnehmenden Beobachtung in der Reproduktionsklinik CREAVIVA ‚beizuwohnen'. Dies ist als ein affektiver, atmosphärischer Einstieg gedacht. Mit dem folgenden Link/QR-Code gelangst du zu einer Geräuschkulisse. Die Aufnahmen sind entstanden auf dem Weg zu einer Klinik, in einem Wartesaal, im Labor wie auch während einer Eizellenentnahme im Operationssaal. Ich verzichte gezielt darauf, hier mehr Informationen zu den einzelnen Geräuschen zu geben, sondern möchte dich dazu einladen, dich auf einen Klinikalltag einzulassen und dabei allenfalls Assoziationen mit eigenem Erfahrungswissen herzustellen.

Atmosphärischer Einstieg
Klicke hier oder fotografiere den QR-Code,
um zur Geräuschkulisse zu gelangen.

Der Blick auf die Eizellenspende als kommodifizierte Praxis

Grundlagen, Literatur, Forschungsablauf & Kontext

2. Die Eizellenspende als medizinischer Prozess

Für das Verständnis dieses Buches ist es unerlässlich, einige grundlegende medizinische Prozesse zu verstehen[9]. In diesem Sinne zeichne ich hier zuerst in groben Zügen die Geschichte der Reproduktionsmedizin nach, um danach die grundlegenden medizinischen Verfahren (IVF, Eizellenspende, Reprogenetik) vorzustellen.

2.1. Kurze Geschichte der Reproduktionsmedizin

Die Anfänge der Reproduktionstechnologie sind in der Tiermedizin zu suchen. Gerade in der Rinderzucht wird schon lange mit der assistierten Reproduktion gearbeitet, um diejenigen Tiere mit den besten Milch- und Fleischproduktionsqualitäten heranzuzüchten. In der Tiermedizin war die assistierte also immer schon eine selektive Reproduktion. Bereits um 1900 wurden in Russland erste Versuche mit Rindern und Schafen gemacht, um diese künstlich zu besamen (Corea 1988, 36). Ab den 1930er Jahren wurden dann auch Embryotransfers durchgeführt (Ebd, 70). Die Grundlage der Eizellenspende, die In-Vitro-Fertilisation (IVF) hat ihre Anfänge sogar noch früher: 1878 hat ein Wissenschaftler in Wien erste Eizellen von Kaninchen und Meerschweinchen außerhalb ihrer Körper befruchtet (Corea 1988, 101; Maassen und Stauber 2016, 150). In der Humanmedizin dauerte es fast ein Jahrhundert länger, bis im Jahre 1978 Louise Brown als erstes per IVF gezeugtes Kind in England zur Welt kam. Damit war der Startschuss für eine rasante Entwicklung gefallen, die bis heute andauert. Ein großer Schritt für die Reproduktionsmedizin war in den Neunzigerjahren die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Diese Technologie, bei welcher ein Spermium mit einer dünnen Nadel direkt in die Eizelle transferiert wird, wurde ursprünglich bei männlicher* Unfruchtbarkeit bzw. bei Spermien benutzt, welche nicht die für die Fortpflanzung nötige Mobilität aufwiesen. Eine insbesondere für die Eizellenspende wichtige Entwicklung ist zudem die Technik der Vitrifikation der Keimzellen (Wiel 2021). Diese verbesserte Technik der Kryokonservierung, bei

9 Ich werde im Folgenden das medizinische, pathologisierende Vokabular teilweise übernehmen, da es in meiner Forschung gerade darum geht, die Perspektive aus der Klinik aufzuzeigen. Dabei ist zu bedenken, dass diese Begriffe oft nicht den Selbstbezeichnungen be_hinderter Menschen entsprechen. Auch deshalb werde ich diese in einfache Anführungszeichen setzen, um die Konstruiertheit zu betonen.

welcher die Eizellen in einem sogenannten *flash freezing* schockgefrostet werden, hat zu Beginn der 2000er dazu geführt, dass Eizellen auch asynchron genutzt und somit in Banken gelagert werden können (Inhorn 2020, 52).

Ganz grundsätzlich häufen sich die Bedenken, dass IVF und ICSI gesundheitliche Risiken beinhalten könnten. Gemäß einer 2013 erschienenen Übersichtsstudie besteht bei IVF ein erhöhtes Risiko bei der Geburt (Frühgeburten, tieferes Geburtsgewicht etc.), für ‚organische Fehlbildungen' sowie für (seltene) epigenetische Krankheiten. Zudem betonen die Autor*innen der Studie, dass die ersten aus IVF geborenen Kinder gerade mal 40 Jahre alt sind, es also kein Wissen über die Langzeitrisiken für über IVF geborene Menschen gibt (Lu, Wang und Jin 2013). In Bezug auf das ICSI-Verfahren ist die Grundsatzproblematik, dass männliche* Infertilität vererbt wird. Zudem gibt es Studien, welche andere erhöhte Gesundheitsrisiken, wie etwa ‚Autismus-Spektrum-Störungen' und ‚geistige Beeinträchtigung' für die Nachkommen befürchten (Catford u.a. 2017). Die Schweiz machte 2018 international Furore, als ein Berner Kardiologe seine Erkenntnisse präsentierte: Diese suggerierten, dass aus IVF geborene Kinder bereits im Kindesalter einen erhöhten Blutdruck und eine fortgeschrittene Blutgefäßalterung aufweisen, also potenziell ein höheres Risiko haben für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle und Herzinfarkte (Scherrer u.a. 2012; Meister u.a. 2018). Kürzlich erschien eine weitere Publikation des Chefarztes der Reproduktionsmedizin des Inselspitals Bern, Michael von Wolff, und des Epigenetikers Thomas Haaf. In ihrer Arbeit über die gesundheitlichen Folgen von IVF schließen die Mediziner mit einer für die Reproduktionsmedizin delikaten Aussage:

> „Die IVF geht mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko für die Kinder in Form von Fehlbildungen, funktionellen Störungen und einem schlechteren peripartalen Outcome einher. Ursächlich sind vermutlich sowohl parentale Faktoren, aber auch die IVF-Technik. Obwohl sich einige der Risiken mit den Jahren verringert haben, ist dennoch weiterhin von einem erhöhten Gesundheitsrisiko auszugehen. Daher sollte eine IVF nur durchgeführt werden, wenn anderweitig eine Schwangerschaft nicht erzielt werden kann" (von Wolff und Haaf 2020, 29).

Die wachsende Anzahl medizinischer Publikationen über die erhöhten Gesundheitsrisiken bei IVF/ICSI ergeben damit einen interessanten

Kontrast zu der These, dass in den Reproduktionskliniken das ‚gesunde' Kind das vorherrschende Leitbild ist.

2.2. Die Eizellenspende

Bei einer Eizellenspende findet ein „Transfer reproduktiver Kapazität" (Lafuente-Funes 2020) statt. Die Technologie verbindet daher auf ganz grundlegende Weise zwei Körper. Während die Methode ursprünglich für Frauen im reproduktiven Alter mit einer frühzeitigen Menopause entwickelt wurde, geht es heute meist um die Ausweitung des reproduktiven Alters (Sauer and Kavic 2006, 154). Ein Beispiel: In den spanischen Kliniken wurden im Jahr 2017 von den insgesamt 16'774 Transfers aus Eizellenspendezyklen 12'215 an Frauen* über 40 durchgeführt, 3'435 an Frauen* zwischen 35 und 40 und nur 1'061 an Frauen* unter 35 (Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017, 19). Der tendenziell immer weiter nach hinten verschobene Kinderwunsch ist damit ein zentraler Motor für den Markt der Eizellenspende.

Der medizinische Prozess einer Eizellenspende[10] beginnt für die Eizellenempfänger*in mit der Einnahme von Progesteron und Östrogen, um damit die Gebärmutterschleimhaut auf die Einnistung der Embryonen vorzubereiten. Zusätzlich werden oft weitere Medikamente verschrieben (Kortison, Intralipidinfusion, Aspirin). In den spanischen Kliniken wird meist nur ein Embryo zwischen dem 5. und 7. Tag der Befruchtung, im Blastozystenstadium, transferiert. Der Transfer bedarf keiner Narkose, der Embryo wird durch eine Kanüle über den Gebärmutterhals in die Gebärmutter geleitet, was meist schmerzlos ist.

Der Medikamentenplan einer von mir interviewten Empfängerin (Mila, persönliche Kommunikation, 1.12.2020) verweist auf eine starke Medikalisierung auch nach dem Transfer: Mila nahm bis zum zweiten bzw. dritten Schwangerschaftsmonat drei verschiedene Hormonpräparate (Östrogenpflaster, Progesteron-Vaginalzäpfchen wie auch ein Gelbkörperhormon, welches per Injektion verabreicht wurde) sowie künstliches Glukokortikoid (Prednison) ein. Zusätzlich wurde ihr Clexane zur Vorbeugung einer Thrombose verschrieben. Nach dem positiven Schwangerschaftstest erhielt Mila in der achten Schwangerschaftswoche

10 Die folgenden Beschreibungen basieren auf den ethnographischen Beobachtungen, Tagebuchnotizen und Interviews während meiner Zeit in der Klinik in Valencia (Februar bis Dezember 2018) sowie den Videobucheinträgen einer Eizellenempfängerin (Februar bis Dezember 2017).

eine zusätzliche Intralipidinfusion, um die Einnistung des Embryos zu gewährleisten. Zusätzlich wurde ihr zu diesem Zweck Aspirin verschrieben. Diese Medikation wird jeweils auf die Empfängerin angepasst, die Liste ist daher nicht abschließend zu verstehen. Sie ist jedoch ein Indikator dafür, dass nicht nur der Weg zur Schwangerschaft, sondern auch die aus der Eizellenspende entstandene Schwangerschaft selbst stark medikalisiert ist.

Für die Eizellenspenderin beginnt der Prozess bei einer Erstanamnese. Danach folgen medizinische und psychologische Abklärungen sowie spezifischer ein genetischer Trägertest[11]. Sobald eine Spenderin diese initialen Schritte erfolgreich durchlaufen hat – meist nach etwa einem Monat – beginnt der eigentliche Zyklus. In diesem wird die Follikelreifung durch die medikamentöse Abgabe von Hormonen stimuliert. Während zehn bis fünfzehn Tagen und in regelmäßigen Abständen muss die Spenderin für eine Kontrolle in die Klinik. Dabei notieren die Ärzt*innen mit Blick auf ein Ultraschallbild die Anzahl der Follikel und deren Größe. Nach etwa zwei Wochen wird der Eisprung medikamentös ausgelöst und einige Stunden später werden die Follikel in der sogenannten Punktion mit Hilfe eines vaginalen Ultraschalls und per Kanüle abgesaugt. Dafür wird die Eizellenspenderin in eine leichte Narkose versetzt. Die Spenderin erhält zudem Antibiotika, um einer allfälligen Infektion vorzubeugen. Nach diesem Eingriff werden die Eizellen entweder direkt befruchtet oder aber vitrifiziert und für eine spätere Nutzung in eine Art künstliche Eiszeit versetzt. Die Spenderin erhält nach der Punktion Schmerzmittel und sollte sich an dem Tag noch ruhig halten. Nach etwa zwei Wochen gibt es meist eine Nachkontrolle, womit der Prozess für die Eizellenspenderinnen, sofern die Nachkontrolle keine Unregelmäßigkeit aufweist, abgeschlossen ist. Die Risiken der Eizellenspende für die Eizellenspenderin wurden von Downie und Baileys mit Verweis auf verschiedene medizinische Studien wie folgt zusammengefasst:

> „Die täglichen Hormoninjektionen können schmerzhaft und unangenehm sein und Krämpfe, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit verursachen. Zu den schwerwiegenderen potenziellen Schäden gehören rasche Gewichtszunahme und Atembeschwerden, Schädigung der Organe nahe der Eierstöcke (z. B. Blase, Darm, Gebärmutter), verminderte

11 Das zehnte Kapitel hat das Ziel, die Selektion der Spenderin und den genetischen Trägertest detailliert zu beschreiben, weshalb ich hier auf eine ausführlichere Erläuterung verzichte.

> Fruchtbarkeit, Unfruchtbarkeit und lebensbedrohliche Blutungen, Thrombose-Embolien sowie Eierstock-, Brust- oder Dickdarmkrebs. Zu den potenziellen psychologischen Schäden gehören erheblicher Stress und dessen Folgen" (Downie und Baylis 2013, 224).

Viele Spenderinnen zeigen jedoch zumindest während des Spendeprozesses keine negativen körperlichen Symptome. Die Überstimulation, also die Gefahr einer Überdosis an Hormonen, welche lange als das Hauptproblem der Spende gesehen wurde, ist gemäß Aussagen von spanischen Klinikmitarbeitenden heute relativ selten geworden (Molas und Perler 2020, 406). Die Eizellenspende ist jedoch ein medizinischer Prozess, bei welchem gerade die Langzeitrisiken der hormonellen Stimulation noch wenig erforscht sind (für eine der wenigen Follow-up-Studien siehe: Kalfoglou und Gittelsohn 2000). Während die Risiken und Nebenwirkungen der Spende für die Spenderin kaum erforscht wurden, boomt ein Forschungszweig, welcher sich mit einer anderen Art von Risiken beschäftigt, massiv: die Reprogenetik, also das Zusammenspiel von Genetik und Reproduktionsmedizin. Diese ist jedoch nicht mit den Risiken für die Spenderin befasst, sondern damit, die Chancen für eine Schwangerschaft zu erhöhen und die Risiken für ein ‚krankes' Kind zu minimieren.

2.3. Die Reprogenetik

Bei den genetischen Verfahren in Zusammenhang mit IVF ist die sogenannte Präimplantationsdiagnostik die wohl bekannteste Technologie, welche auch immer wieder kontrovers diskutiert wird (González 2014, 1).

Dabei sind drei Verfahren voneinander zu unterscheiden: Bei der PGT-A (*Preimplantation genetic testing for aneuploidies,* früher PGS) wird nach Chromosomenaberrationen, sogenannten Aneuplodien, gesucht. In der Familie auftretende monogenetische Erkrankungen wie Mukoviszidose, Chorea Huntington oder Muskeldystrophie werden per PGT-M (*Preimplantation genetic testing for monogenetic disorders*, früher PGD) diagnostiziert. Schließlich wird PGT-SR (*Preimplantation genetic testing for structural rearrangements*, früher auch PGD) eingesetzt, um nach erblich bekannten chromosomalen Translokationsstörungen zu suchen. Biopsiert werden für all diese Verfahren entweder die Polkörperchen der Eizelle oder aber ein bis zwei Zellen aus dem Embryo (Zegers-Hochschild u.a. 2017, 404). Während PGT-M und PGT-SR in Spanien sowohl im privaten wie auch im öffentlichen Sektor

angeboten werden, beschränkt sich PGT-A auf die privaten Kliniken (Pavone und Lafuente-Funes 2018, 131). Spaniens Vorreiterrolle in der Präimplantationsdiagnostik ist klar der massiven Anwendung von PGT-A (und in weniger großem Ausmaß von PGT-SR) geschuldet (Pavone und Lafuente-Funes 2018, 142). Die hohen Raten sind damit zu begründen, dass diese oft als frühe Alternative für die Pränataldiagnostik genutzt wird (Pavone und Arias 2012, 248). Heute umstrittene Evidenzen aus der medizinischen Forschung suggerieren zudem, dass durch PGT-A die Schwangerschaftsraten in IVF-Zyklen erhöht werden, und tragen so dazu bei, dass diese Technik in vielen Kliniken als eine Art Helfertechnologie in normalen IVF-Verfahren genutzt wird (Schuff u.a. 2019; Pavone und Lafuente-Funes 2018). Bei CREAVIVA war der Nutzen von PGT-A für eine Erhöhung der Schwangerschaftsrate umstritten und der Test wurde entsprechend selten angewandt.

In diesem Buch steht eine andere, noch früher angesetzte, jedoch viel weniger erforschte genetische Technik im Fokus, welche im Zuge der Reprogenetisierung der spanischen Reproduktionsmedizin immer wichtiger wird: die sogenannten *pre-conception* – genetische Trägertests[12]. Bei diesen Tests wird über einen Bluttest eine große Bandbreite an Genen auf rezessiv vererbbare Krankheiten untersucht. Wenn die Genetik bei beiden Erzeuger*innen (genetische Mutter und genetischer Vater) erhoben und miteinander abgeglichen werden, spricht man von genetischem *Matching*. Heute werden primär die sogenannten Mendel'schen (monogenetischen) Erkrankungen getestet. Dabei handelt es sich um selten auftretende, unheilbare Erkrankungen, welche über die Vererbung von zwei gesunden Trägern auf ein Kind übertragen werden können. Die Analyse der Anwendung dieses Tests im Kontext der Eizellenspende ist Gegenstand dieses Buches.

12 Wenn hier von Trägertests die Rede ist, sind damit in Anlehnung an Dondorp et al. die Bluttests gemeint, mit welchen genetische Marker bestimmt werden. Im Gegensatz dazu geht das genetische Screening weiter und beinhaltet auch die Abfragung der Familiengeschichte und weitere medizinische Abklärungen (Dondorp et al. 2014, 1354).

3. Die Transnationale Eizellenspende

Die Eizellenspende vereint in sich technologische, kulturelle, biologische, ökonomische, moralische, emotionale, rechtliche, religiöse und politische Elemente in einer Art „ontologischer Choreographie" (Thompson 2005). Der Begriff der Choreographie deutet auf die Dynamik und Neukonfiguration von Gesellschaft und Technologie hin, welche Reproduktionstechnologien mit sich bringen. Gleichzeitig verweist die Bezeichnung auf die Vielschichtigkeit von Reproduktionstechnologien. So sind in einer Choreographie immer verschiedene Akteur*innen involviert; diverse Formationen entstehen und lösen sich wieder, multiple Zeitlichkeiten müssen koordiniert werden. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass das Phänomen aus ganz verschiedenen Blickwinkeln heraus analysiert wurde: Neben den medizinischen Auseinandersetzungen mit dem Thema fanden Diskussionen rund um Reproduktionstechnologien v.a. innerhalb der Bioethik (Gupta und Richters 2008; Pennings u.a. 2014; Spilker und Lie 2007), den Rechtswissenschaften (Ikemoto 2015; Downie und Baylis 2013; Krawiec 2009; Romeo Casabona, Paslack und Simon 2013) sowie im Bereich der Sozialanthropologie, Soziologie, Humangeographie und *Science and Technology Studies (STS)* statt. Diese letztere transdisziplinäre Debatte ist für das vorliegende Buch zentral. Die Reproduktionstechnologie dient in diesem Sinne als eine Art „Spiegelbild" (Franklin 2013, 6), in welchem das Verhältnis zwischen Gesellschaft, Biologie und Technologie greifbar wird.

3.1. Die soziale Konstruktion von Biologie

Das Ziel der Reproduktionsmedizin ist das Herstellen von Familien. Gerade die Eizellenspende bringt dabei eine ganz grundlegende anthropologische Konstante zu Fall: *Mater sempre certa est*. Die Untrennbarkeit der sozialen, genetischen und biologischen Mutter wird durch diese Praxis in Frage gestellt. Der wohl älteste Literaturkorpus zu Reproduktionstechnologie beschäftigt sich demnach auch mit verwandtschaftsanthropologischen Fragen. Ein Standardwerk stammt von der britischen Anthropologin Marilyn Strathern. In ihrem Essayband „*Reproducing the Future*" (1992) nimmt sie biomedizinische Reproduktionstechnologien über melanesische Verwandtschaftskonzepte in den Blick, um damit das westliche Verständnis von Kultur, Verbundenheit und Verwandtschaft aufzuzeigen.

Auch die Arbeiten von Sarah Franklin, einer Schülerin Stratherns, waren wegweisend. In *„Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception"* (1997) dokumentiert Franklin, wie sich IVF in Großbritannien auf das Leben und die Vorstellungen ihrer Nutzer*innen auswirkt. Dabei illustriert Franklin, wie die Praxis in eine kapitalistische Konsumkultur eingebunden ist, da die neuen Möglichkeiten der Technologie Zwänge mit sich bringen, diese auch zu nutzen (Ebd., 168f.). In Bezug auf die Eizellenspende hat Monica Konrad, eine weitere Schülerin Stratherns, das wohl umfassendste ethnographische Werk geschaffen. In *„Nameless Relations"* (2005) beschreibt die Anthropologin die anonyme Eizellenspende in Großbritannien – noch vor der gesetzlichen Aufhebung der Anonymität von Spenderinnen im Jahr 2005 – mittels Interviews mit Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen. In diesen *Nameless Relations* hat Konrad ein „Aufeinanderprallen von Widersprüchen zwischen Technologie, Biologie, Genen, Emotionen, Intimität, Distanz, Geschenk und Ware" (ebd., 20) dokumentiert. Konrad diskutiert in ihrer Ethnographie das Dilemma der anonymen Spende aus einer verwandtschaftsanthropologischen Perspektive: Die Crux dabei sei es, dass die Empfänger*innen bei einer anonymen Spende keine klassische Gegengabe[13] machen können, weshalb als Kompensation andere, symbolische Formen der Reziprozität erschaffen werden. Zwischen Empfänger*in und Spenderin bestehe also eine „Beziehung der Nicht-Beziehung" (Ebd., 23).

Die Relevanz von Verwandtschaft in den reproduktionsmedizinischen Verfahren wurde auch in weiteren kulturellen Kontexten gezeigt (Kahn 2000; Klotz 2013; Mamo 2005; Orobitg und Salazar 2005; Roberts 2012; Thompson 2005). In Bezug auf den spanischen Markt wiesen diverse Forscher*innen nach, dass auch Spenderinnen in einem anonymen Setting meist auf Biologie und Verwandtschaft verweisen. Dabei geht es entweder um eine Abgrenzung von biologischer Verwandtschaft, also darum, dass sich Spenderinnen nicht als Mutter fühlen, oder aber darum, dass der Verweis auf die Familie, welche durch die Spende entsteht, der Spendetätigkeit eine größere Wichtigkeit verleiht (Orobitg und Salazar 2005; Molas und Bestard 2017). Sven Bergmann hat dokumentiert, wie Paare aus Deutschland über sogenannte „Ausweichrouten der Reproduktion" Familien gründen, indem sie für eine Eizellenspende nach Spanien oder in die Tschechische Republik reisen. Dabei hat er verdeutlicht, wie im Namen der Verwandtschaft

13 Dabei bezieht sich Konrad auf das klassische Mauss'sche Verständnis des Gabentauschs, bei welchem eine Gabe immer auch eine Gegengabe verlangt, was zur Stiftung von sozialen Beziehungen führt (Mauss 1990 (1925)).

biologisches Material naturalisiert, normalisiert und reguliert wird, um so „fremde Keimzellen in eigene Kinder zu verwandeln" (2014, 229). Bergmann argumentiert, dass gerade weil mit der Keimzellenspende grundlegende „Fakten der Natur" (also *mater sempre certa est*) verändert werden, Naturalisierungs- und Normalisierungsprozesse für Wunscheltern notwendig sind (Ebd., 264).

In Reproduktionstechnologien koproduzieren sich also das Biologische und das Soziale immer, weshalb sie nicht unabhängig voneinander zu verstehen sind (Franklin 2013).

Tagebuchnotiz, Valencia, 5.3.2018

Ich stehe zusammen mit einem italienischen Arzt, welcher die Klinik besucht, um die Installationen hier zu inspizieren, im Labor. Gerade führt eine Embryologin ein ICSI-Verfahren durch. Für uns wurde der Bildschirm eingeschaltet, dadurch können wir die minutiöse mikroskopische Arbeit der Embryologin genau mitverfolgen. Wir schauen auf das Bild, auf welchem sich die Spermien tummeln. Die Embryologin schnappt sich ein Spermium und nähert sich damit der Eizelle, welche sie mit einem zweiten Gerät angesaugt und fixiert hat. Sie erklärt uns, dass sie nun die Zellmembran der Eizelle durchstechen müsse, um das Spermium in die Eizelle zu transferieren. Nachdem dies erfolgreich durchgeführt wurde, fragt der Arzt neben mir, ob sie sich dabei nicht ein bisschen wie Gott fühlen würde. Die Biologin schaut von ihrer Arbeit auf und sagt mit einem Lächeln im Gesicht: ‚Schau, das ist das Schönste unserer Arbeit, reine Magie!'

Diese verschiedenen Ansätze haben etwas gemeinsam: Sie stellen wichtige Fragen nach der sozialen Herstellung von biologischen Fakten (und *vice-versa*) und dem komplexen Zusammenspiel von Natur und Kultur in einer technologisierten Reproduktion. Dieses Zusammenspiel wurde auch mir in meiner Forschung immer wieder bewusst gemacht, etwa wenn – wie in der Tagebuchnotiz oben ersichtlich – biologische Vorgänge als magisch beschrieben wurden. Verwandtschaft ist in Bezug auf die Eizellenspende eine grundlegende Komponente: Ohne den Wunsch nach genetischer Verwandtschaft, ohne die diversen Regulierungen diesbezüglich gäbe es schlicht keinen Markt für Eizellen. Wie ich in diesem Buch aufzeigen werde, machen Klinikmitarbeitende im Herstellungsprozess des ‚gesunden' Kindes zudem oft selektive Verweise

auf soziale und biologische Dimensionen. In diesem Prozess der Erschaffung neuer Verwandtschaftsbande werden nicht zuletzt auch soziale Ungleichheit und Machtbeziehungen (re)produziert.

3.2. Tradierung oder Revolution der Geschlechterordnung?

Eine weitere wichtige Frage in Bezug auf die Reproduktionsmedizin betrifft die Bedeutung dieser Technologien für die Kategorie Geschlecht. Ähnlich wie etwa die Sexarbeit führte die Reproduktionsmedizin in der feministischen Bewegung und Forschung bereits in den siebziger und achtziger Jahren zu einer Art Schisma: Einerseits gibt es eine liberalfeministische Position, welche mit dem Recht auf den eigenen Körper argumentiert und Frauen das Recht zuspricht, Teile davon zu verkaufen oder, etwas abgeschwächter, die Un/veräußerlichkeit von Körperteilen kontextabhängig zu entscheiden (Andrews 1986; Radin 1987). Andererseits sprechen sich feministische Positionen für die Dekommodifizierung aus und schreiben den Reproduktionstechnologien einen grundsätzlich patriarchalen Charakter zu (Graumann und Schneider 2003; Klein 2008; Mies und Shiva 2016). Die erste Position entspringt einem technikaffinen Diskurs, inspiriert von Shulamith Firestones These, dass Frauenunterdrückung ihren Ursprung in der Gebärfähigkeit der Frauen habe, welche überwunden werden muss. Firestone hat diesbezüglich schon früh die Möglichkeit von künstlichen Gebärmüttern als potenziellen feministischen Befreiungsschlag in die Debatte gebracht (Firestone 2015 (1970)). Die zweite Position ist eher einer öko-feministischen Debatte zuzurechnen, welche mit dem 1984 gegründeten Netzwerk FINRRAGE eine starke feministische Gegenbewegung gegen die sich rapide normalisierenden Reproduktionstechnologien erschuf (Klein 2008). So beschreibt Gena Corea in „MutterMaschine" IVF etwa als technische Beherrschung und Aneignung des weiblichen Körpers, welche in dystopischen „Brutbordellen" münden könnte (1988, 282). Auch Maria Mies nutzt drastisches Vokabular, wenn sie auf die untrennbare Verbindung von Reproduktions- und Gentechnologien hinweist, welche nie „frei sein [können] von sexistischen, rassistischen und letztlich faschistischen Ideologien unserer Gesellschaften" (Mies und Shiva 2016, 212). Dies führt Mies auf den inhärenten Aspekt der Selektion und Elimination zurück:

> „Fortpflanzungstechnik und Gentechnik beruhen auf den gleichen Prinzipien wie Physik und andere Naturwissenschaften. Ihre Methode ist die gewaltsame Spaltung von lebenden Organismen in

> immer kleinere Partikel: Moleküle, Zellen, Zellkerne, Gene, DNA und ihre verschiedenen Rekombinationen nach dem Plan des (männlichen) Ingenieurs. Bei diesem Prozess ist die Selektion von erwünschten Elementen und die Elimination von unerwünschten Elementen das Entscheidende. In der Tat, Fortpflanzungs- und Gentechnik würden ohne diese Prinzipien der Selektion und Elimination keinen Sinn ergeben. Warum sollte sich jemand für Genetik interessieren, wenn er nicht den Wunsch hätte, die schnelle Entwicklung des Typus voranzutreiben, den man als wertvoller als andere ansieht? [...] Es ist gleichermaßen wahr für die Fortpflanzungstechnik, die auf der Selektion fruchtbarer Elemente (Spermien, Eier) und ihrer Kombination außerhalb des weiblichen Körpers beruht" (Mies und Shiva 2016, 194).

Diese fundamental technikkritischen Instanzen aus den achtziger Jahren wichen jedoch bald einer anderen Art von Arbeiten, welche sich eher damit befassten, wie diese Techniken ihre Wirkungsmächtigkeit in der Praxis entfalteten und wie diese von den Nutzer*innen erlebt wurden (Franklin 1997; Thompson 2005). Es ist zudem klar, dass diese stark normativ aufgeladenen Forschungsstränge der Komplexität des Themas nicht immer gerecht werden können, was gerade ethnographische Arbeiten, welche die Widersprüche der Praktiken beleuchten, ersichtlich machen (Siegl 2016).

In Bezug auf die Eizellenspende veranschaulichten diverse ethnographische Arbeiten deren vergeschlechtlichte Dimension. Grundlegend dafür ist ein Artikel von Emily Martin aus dem Jahre 1991, in welchem sie aufzeigte, wie in wissenschaftlichen Debatten über die Befruchtung stereotype Vorstellungen von passiver Weiblichkeit und aktiver Männlichkeit auf die Eizelle bzw. das Spermium übertragen werden (Martin 1991). Analog dazu wurde auch für die Eizellenspende verdeutlicht, wie durch diese Praxis kulturelle und vergeschlechtlichte Vorannahmen tradiert werden. So hat Almeling beispielsweise für die USA dokumentiert, wie analog zu gängigen Geschlechterstereotypen die Eizellenspenderin als nah, altruistisch und selbstlos beschrieben wird, während die Samenspende als Job definiert wird (2007, 56). Krawiec hat im selben US-Kontext aufgezeigt, dass die Preise für Eizellenspenden gedrückt werden – mit dem Verweis darauf, dass diese ja, sozusagen qua Geschlecht, aus Altruismus und Liebe geschehen (2009, 3). Schließlich hat Bühler für die Schweiz beschrieben, wie die gesellschaftliche moralische Abwertung von Frauen, welche über Eizellenspende noch nach der Menopause zu Müttern werden, eine

vergeschlechtlichte Komponente enthält, da es diese moralische Entrüstung in Bezug auf ältere Väter kaum gibt (2014).

Insgesamt haben feministische Arbeiten, trotz ihrer inhaltlichen Differenzen, Geschlecht als eine zentrale Kategorie in der Forschung zur Reproduktionsmedizin etabliert. Gerade in den letzten Jahren gab es auch wieder ein größeres Interesse an grundlegend kritischen Ansätzen, so wurden etwa (koloniale) Ausbeutungsstrukturen, aber auch eugenische oder ableistische Aspekte innerhalb der Reproduktionstechnologie, unter anderem auch mit einer ethnographischen Herangehensweise, hervorgehoben (Lafuente Funes 2021; Nahman 2013; Schurr 2017; Vertommen 2015; Vertommen und Barbagallo 2021; Ginsburg und Rapp 2017; Achtelik 2015).

Eine *queere* Perspektive auf Reproduktionstechnologien zeigt schließlich, dass gerade Menschen, welche nicht der binären und heteronormativen Gesellschaftsordnung entsprechen noch einmal ganz anderen Diskriminierungen ausgesetzt sind (Leibetseder 2018). So betont etwa Michelle Tam, dass die Reproduktionsmedizin in Kanada stark in einer heteronormativen Matrix verortet ist, in welcher das vorherrschende Imaginativ das heterosexuelle Paar mit unerfülltem Kinderwunsch ist (Tam 2021). Der Ansatz der reproduktiven Gerechtigkeit ist hier als Möglichkeit zu nennen, eine intersektionale Kritik an Reproduktionstechnologien zu formulieren, welche neben der Perspektive der Drittparteien auch die Positionalität *queerer* und Schwarzer Menschen mitdenkt und Diskriminierungsstrukturen nicht gegeneinander ausspielt (Smietana u.a. 2018, Tam 2021, Kitchen Politics 2020).

3.3. Der transnationale Markt der Eizellenspende

Soziale Ungleichheiten und Machtverhältnisse sind der Gegenstand einer breiten Diskussion über die ökonomische Dimension der Spende und damit auch der *eggs-ploitation* (Pfeffer 2011) von Eizellenspenderinnen auf einem globalisierten Markt (Ikemoto 2015, 2009; Payne 2015; Pfeffer 2011). Die Eizellenspende ist innerhalb dieser größeren Bioökonomie zu verorten, welche geprägt ist von sozialen Ungleichheiten und der stratifizierten Bewertung von Leben. Die mit der Eizellenspende verbundene Imagination von ‚Gesundheit' ist dabei auch eingeschrieben in eine kapitalistische Verwertungslogik.

Assistierte reproduktive Technologien sind in den letzten Jahrzehnten grundsätzlich zu einem globalen Phänomen geworden (Knecht, Klotz und Beck 2012; Birenbaum-Carmeli und Inhorn 2009). Reproduktive Technologien als *globale Form* ergeben dabei sowohl lokale Ausprägungen wie auch transnationale Verbindungen und global gültige Ordnungen und Problemlagen (Knecht, Klotz, und Beck 2012, 20). Die Herausbildung eines transnationalen Reproduktionsmarktes bietet daher auch die Gelegenheit neue Fragen zu stellen, so beispielsweise zur globalen Arbeitsteilung oder der gesellschaftlichen Bewertung von biologischer Reproduktion (Schurr 2018, 9). Carolin Schurr hat in ihren Arbeiten aufgezeigt, dass der transnationale Fertilitätsmarkt nicht jenseits von sonstigen Marktmechanismen zu verstehen ist, denn „postkoloniale, neoliberale und rechtliche Geografien prägen im globalen Fruchtbarkeitsmarkt auch wer Dienstleistungen anbietet und wer diese konsumiert" (2018, 2). Konzepte wie *Globale Fertilitätsketten* (*Global Fertility Chains)* (Vertommen und Nahman 2019), *ART's koloniale Gegenwart* (*ART's colonial present)* (Vertommen, Nahman und Parry 2019) oder *reproduktive Geopolitik* (Perler u.a. forthcoming) zielen darauf ab, koloniale, geopolitische und neoliberale Logiken des transnationalen Reproduktionsmarktes sichtbar zu machen. Die Basis für diesen stratifizierten Markt findet sich in einem Phänomen, welches gemeinhin *Reproduktionstourismus* genannt wird.

Von reproduktivem Tourismus zu reproduktiver Mobilität

Im Begriff *Reproduktionstourismus* schwingen Vorstellungen von Urlaub und Erholung mit. Mit Blick auf die Empfänger*innenseite wurde deshalb kritisiert, dass es sich bei der grenzüberschreitenden Suche nach einem reproduktiven Verfahren selten um Urlaub handelt und *Reproduktionstourismus* diese emotional schwierige Erfahrung banalisiert (Inhorn und Gürtin 2011, 668).

Rosa, Klinikmanagerin, Alicante, 31.3.2017

Der Begriff Reproduktionstourismus ist schrecklich. Die Menschen, die ihn benutzen, verstehen nicht, dass es sich um Paare handelt. Um Paare, die fühlen, die ein medizinisches Problem haben, welches sie von der schönsten Sache der Welt abhält, nämlich ein Kind bekommen zu können. Dies mit dem Wort Tourismus zu verharmlosen, erscheint mir also schrecklich.

Zudem existieren Reproduktionstechnologien an gewissen Orten zwar, sind jedoch oft nicht breit zugänglich. Das führt dazu, dass dort nur eine reichere Elite tatsächlich Zugang hat, was das Reisen in andere Länder zur einzigen Option für weniger wohlhabende Menschen macht (Whittaker und Speier 2010, 368) [14]. Alternativen wie „reproduktives Exil" (Inhorn und Patrizio 2009; Matorras 2005) oder neutralere Begriffe wie „grenzüberschreitende reproduktive Reisen" (Whittaker und Speier 2010) oder „reproduktive Mobilität" (Speier, Lozanski und Frohlick 2020) wurden im Zuge dieser Debatte vorgeschlagen. Während der Begriff der „grenzüberschreitenden reproduktiven Sorge" (Inhorn und Gürtin 2011; Shenfield u.a. 2010) das Phänomen in einer Sorgelogik klar von den Erfahrungen der Eizellenempfänger*innen her denkt, sprechen Begriffe wie *„trafficking"* (Corea 1988), „Ausweichrouten der Reproduktion" (Bergmann 2014) oder auch „multiple reproduktive Mobilitäten" (Schurr 2019) auch die Spenderinnenseite und die diversen halblegalen Dimensionen dieser Verfahren an.

Die Eizellenspende als reproduktive Arbeit

In diesem Buch steht eine Praxis im Zentrum, welche offiziell eine unentgeltliche Spende ist, *de facto* jedoch mit 1000 Euro vergütet wird. Dabei stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Bedeutung einer solchen ‚Spende'. Ein wichtiger, neomarxistisch inspirierter Literaturkorpus ist deshalb derjenige, welcher sich mit der reproduktiven Arbeit von Eizellenspenderinnen befasst. Grundlegend dafür ist die Bezugnahme auf die transnationale Marketisierung von biologischer Vitalität, welche Nikolas Rose beschreibt als:

> „Vitalität [welche] in unterschiedliche und unauffällige Objekte zerlegt wurde. Diese können ihrerseits stabilisiert, eingefroren, aufbewahrt, gespeichert, akkumuliert werden; sie können über Zeit und Raum, über Organe und Spezies, über verschiedene Kontexte und Unternehmen hinweg ausgetauscht und gehandelt werden" (2006, 38).

Die Verwertbarkeit von menschlichen Zellen und die Möglichkeit, sie aus einem Körper in einen anderen zu transferieren, ermöglichen dabei die Herausbildung eines neuen Arbeitsmarktes, was von Waldy und

14 Ich würde hier aber auch anfügen, dass Reproduktionsverfahren, ob im Ausland oder im eigenen Land, für die prekärsten Klassen, welche etwa von Krieg oder Hunger betroffen sind oder keine Staatsbürgerschaft besitzen, ohnehin ausgeschlossen sind.

Cooper als „klinische Arbeit“ (2008, 58; 2014, 7) beschrieben wurde. Die Basis dafür ist die kapitalistische Unterscheidung zwischen produktiver und reproduktiver Arbeit. Der Mehrwert wird dabei aus der reproduktiven Sphäre geschöpft. Dadurch, dass diese Sphäre per se nicht als Arbeit definiert wird, kann die Beteiligung derjenigen, von welchen die reproduktiven Leistungen erbracht wurden, keinen arbeitsrechtlichen Normen unterworfen werden (Cooper u.a. 2015, 70). Dies zeigt sich exemplarisch beim Fall Spanien, wo die finanzielle Vergütung der Eizellenspende nicht als Bezahlung für die Leistung einer reproduktiven Arbeit (mit einem hergestellten Produkt: den Eizellen) betrachtet wird, sondern als Entschädigung für die mit einer altruistischen Spendentätigkeit verbundenen Unannehmlichkeiten. Ikemoto beschreibt dies treffend als Logik des „Nichts”:

> „‘Dritte’ [damit sind Samenspender, Eizellenspenderinnen oder Leihmütter gemeint] sind keine Verkäufer*innen. Sie übertragen kein Eigentum. Sie sind nicht Teil der Familie. Sie sind nicht Arbeiter*innen. Sie sind auch nicht durch die Gesetze des Eigentums, der Familie oder der Erwerbsarbeit geschützt. Vielmehr spielen Dritte eine nebulöse Rolle, die darauf beruht, dass sie ihren Körper, ihr Gewebe und ihre Zellen als Rohmaterial für eine Industrie zur Verfügung stellen, welche damit die Familien anderer Menschen herstellt“ (Ikemoto 2015, 6).

Tagebuchnotiz, Alicante, 19.11.2018

Tamara und ich sind in Alicante und wollen hier Fotos machen von den Kliniken, ihrer starken Präsenz im öffentlichen Raum. Der Zeitpunkt ist denkbar schlecht gewählt. Es regnet in Strömen und die Fotos vermögen das alicantinische Ferienfeeling, welches die Kliniken sonst umgibt, nicht einzufangen. Zum Glück habe ich zumindest noch einen Interviewtermin mit der Ärztin einer Klinik vereinbart. Ich war hier schon mal, ganz zu Anfang der Forschung, als ich ein Paar aus der Schweiz zu ihrem Embryotransfer begleitet habe. Wir kommen etwas zu früh bei der Klinik an und ich zeige Tamara den mit Palmen gesäumten Weg zur Tür, welchen ich ein Jahr zuvor betreten habe. Wir treten ein und melden uns beim Empfang. Ich sage, dass wir einen Termin mit Dr. Bartosz haben für ein Interview zur Eizellenspende. Die Frau am Empfang schaut uns genervt an und sagt mit strenger Stimme, das sei nicht hier. Ich betone, dass ich bereits Kontakt mit der Ärztin hatte und es sehr wohl hier sei. Die Frau am Empfang wird nervös, sie eskortiert uns

zur Tür und verweist auf einen unscheinbaren Weg ganz am Rande des Klinikareals. „Dort geht es durch", meint die Frau, und schließt uns die Tür abrupt vor der Nase zu. Wir sind beide etwas verdattert und gehen auf das Wegstück, welches uns hinter die Klinik ins Nachbargelände zu einem anderen Gebäude führt. Als wir durch die Tür treten, finden wir uns in einem Wartesaal wieder, weniger luxuriös als der andere, ein Wasserspender ist da und Stühle stehen verlassen an der Wand. Niemand ist hier. Langsam dämmert es uns. Meine Ansage, dass wir für ein *entrevista* (Interview) zur Eizellenspende kämen, wurde von der Frau am Empfang missverstanden. Das Informationsgespräch der Eizellenspenderinnen wird auch *entrevista* genannt, zudem sind Tamara und ich beide um die 30, passen also ins Profil potenzieller Spenderinnen. Die Frau dachte, wir seien Eizellenspenderinnen und hat uns in die Abteilung der Spenderinnen geschickt. Als wir zurückgehen und die Frau am Empfang über das Missverständnis aufklären, ändert sich ihre Attitüde um 180 Grad. Zuvorkommend bietet sie uns an, doch bitte Platz zu nehmen. Ob wir vielleicht einen Kaffee oder einen Tee haben wollen; sie würde die Ärztin gleich informieren.

Auf der Rückreise sprechen wir noch lange über dieses Erlebnis. Die Verhaltensänderung dieser Frau, von einem distanzierten und herablassenden, beinahe aggressiven Ton zum zuvorkommenden, servilen Umgang, sobald klar war, dass wir keine Eizellenspenderinnen waren, ließ uns für einen kleinen Moment erahnen, wie es sich anfühlen könnte, das ‚Rohmaterial' einer Fertilitätsindustrie zu sein.

Im Zuge dieser Debatte zur Eizellenspende als Arbeit wurde der Begriff der Spende grundsätzlich hinterfragt. Alternativen dazu sind etwa „Transfer reproduktiver Kapazität" (Lafuente-Funes 2020), „Eizellenverkäuferinnen" (Nahman 2008) oder „Eizellenlieferantinnen" (Lundin 2012). In diesem Buch nutze ich den von den Eizellenspenderinnen selbst benutzten Begriff der „Eizellenspenderin", anerkenne aber die grundlegende Problematik des Begriffes. Ich denke jedoch, dass gerade zwischen dem hier beschriebenen hoch-kommerzialisierten Setting und dem (euphemistischen) Begriff der Spende eine produktive Spannung liegt, die an und für sich wichtig ist und daher nicht unsichtbar gemacht werden sollte.

Gemäß Cooper und Waldby ist es das Zusammenspiel zwischen einem spekulativen Innovationsmarkt einerseits und den „viszeralen Risiken

der klinischen Arbeit“ (Cooper und Waldby 2014, 32) andererseits, welches die Abschöpfung von Mehrwert in diesem Markt ermöglicht. Spenderinnen sind darin „kostengünstige Lieferantinnen reproduktiver Dienstleistungen und reproduktiven Gewebes” (Waldby und Cooper 2008, 60). Namberger weist darauf hin, dass der „In-Vivo-Kultivierungsprozess“ (2017, 6) der Eizellen als eine „biotechnologisch gewendete Form von Ackerbau“ (ebd., 6) von sogenannten „Fertilitätsarbeiter*innen“ (ebd., 88) gesehen werden kann, in welchem die Eizellenspenderinnen das Produkt ihrer Arbeit in einem medizinisch-hormonellen Prozess quasi anbauen. Die Spende ist dabei eigentlich ein Produktionsprozess: „Der Prozess der Eizellspende selbst (einschließlich der damit verbundenen Zeit, Mühe und der Risiken) ist eine Frage der Produktion, nämlich der Produktion menschlicher Eizellen für die reproduktive Nutzung durch andere” (Cattapan 2016, 235). Bei einem Markt mit bestimmten Nachfrage- und Angebotsmechanismen stellt sich sodann die Frage, welche Körper aufgrund welcher Kriterien *biodesirable* (Payne 2015) werden.

Begehrenswerte Körper oder Wegwerfkörper?

Charlotte Kroløkke hat am Beispiel von dänischen Paaren, welche für eine Eizellenspende nach Spanien reisen, aufgezeigt, inwiefern vergeschlechtlichte, rassifizierte und klassifizierte Kriterien als „affektive Assemblagen” das Subjekt der Eizellenspenderin erst hervorbringen. Imaginationen einer geteilten kulturellen Grundlage (und die Abgrenzung gegenüber imaginierten ‚Anderen’ aus dem globalen Osten) sind darin zentral (2014, 12). Michal Nahman hat am Beispiel von Israel aufgezeigt, wie die Selektion einer Spenderin auch in eine „Geografie des Begehrens“ (2006, 210) eingeschrieben ist, bei welcher bestimmte Schönheitsideale sowie Vorstellungen von Gesundheit und Intelligenz gleichzeitig nationalistische und rassistische Ontologien koproduzieren. Die Bedeutung von Ethnizität und *race* für die Bildung von Familien war immer wieder Gegenstand feministischer Forschung (Deomampo 2019; 2016; Moll 2019; Nahman 2018; 2013; Roberts 2009; Schurr 2017; Vertommen 2015).

HINWEIS: In der folgenden Tagebuchnotiz werden rassistische und potenziell verletzende Inhalte wiedergegeben!

Tagebuchnotiz, Valencia, 29.10.2018

Ich schaue Sara heute beim Zuteilen der Eizellen an spezifische Patient*innen zu. Bereits zu Beginn meint sie, sie hätte heute ein Riesenproblem, nächste Woche sei der nächste Transport nach Italien „*y no tengo huevos*" (und ich habe keine Eier). Sara erklärt mir ihr Vorgehen: Das erste Kriterium ist die Blutgruppe, die muss übereinstimmen mit den Empfängerinnen. Zweites Kriterium sind die Augen und Haarfarbe und drittes Kriterium die Größe. Der Phänotypus muss natürlich stimmen. Ich staune, wie gut Sara die Spenderinnen kennt und spreche sie drauf an. Sie lacht und meint, die dunkelhäutigen kenne sie teils sogar mit Namen, die blieben so lange in der Datenbank.

Beim ersten Matching meint Sara: „Die hat Glück, für die hab ich noch eine mit grünen Augen, ich hab sonst fast nur noch braune Augen hier." Beim Durchschauen der Datenbank fallen immer wieder Kommentare zu den ‚*Latinas*' und ‚*Gitanas*' (‚Z*'); einer davon: „Die da ist schwärzer als Kohle, schau mal ..." Sara wird langsam nervös: „Die kann ich alle nicht brauchen, das sind alles Schwarze ...." Als ich Sara am Ende des Nachmittags noch einmal darauf anspreche, was denn eigentlich das Problem sei mit den ‚*Latinas*' und ‚Z*', meint sie: „Weißt du, solche, die eine etwas dunklere Hautfarbe haben, so wie du, bei denen ist mir egal, ob sie Latinas sind. Latinas mit weißer Haut kannst du brauchen, diejenigen, welche mir Sorgen machen, sind die, welche man hier auch ‚*Machu Picchu*' nennt. Die sind nicht dunkelhäutig wie du, das sind Südamerikanerinnen mit einer sehr sehr dunklen Haut."

Dabei wurde beispielsweise aufgezeigt, wie Eizellen aus Südafrika von Kliniken als ein spezifischer, paneuropäischer Mix von *whiteness* vermarktet werden (Moll 2019). Gerade in der spanischen Eizellenökonomie ist *whiteness* klar eine „zusätzliche ausbeutbare Ressource" (Nahman 2018, 84). Diese Ökonomie von wünschenswerten und zu reproduzierenden Körpern ist dabei auch affektiv aufgeladen; der Reproduktionsmarkt wird damit zu einer „a/effektiven Wirtschaft" (Schurr und Militz 2018), welche aus den Wünschen und Hoffnungen von Kinderwunschpatient*innen auf eine ‚glückliche Familie' Profite generiert. Veronika Siegl nennt das Erzeugen von glücklichen Familien dabei „das ultimative Argument" der Reproduktionsindustrie, welches jegliche ethischen Einwände gegenüber der Reproduktionstechnologie beseitigt (2018). In meiner eigenen Arbeit zu mexikanischen

Eizellenspenderinnen habe ich aufgezeigt, wie diese als prekär lebenden Mütter in ihren reproduktiven Biographien mit einer normativen, klassistischen Imagination einer glücklichen Familie konfrontiert sind und gleichzeitig als Eizellenspenderinnen diese Vorstellung, welche die Basis der Reproduktionstechnologie ist, reproduzieren (Perler 2015, 66). In diesem Buch frage ich nun danach, welche Körper in der spanischen Eizellenspendeökonomie aufgrund von gewissen normativen Vorstellungen eines lebenswerten und somit ‚guten' Lebens reproduziert werden.

Tagebuchnotiz, Tag der Punktion, Valencia, 27.10.2018

Heute ist der Tag der Eizellenentnahme, der sogenannten Punktion, und ich darf Jenny begleiten. Wir treffen uns in der Nähe der Metro. Ich sehe Jenny von Weitem. Sie trägt einen schönen Mantel und hat sich sichtlich hübsch gemacht für den Termin. Später wird sie mir erzählen, dass sie sich für diesen Tag extra depiliert hat. Ich frage Jenny, ob sie eigentlich wisse, wie viele Eizellen ihr entnommen werden. Ihre Antwort kommt schnell: „Ich frage das nie, das geht mich nichts an, weil schließlich mach ich das alles, um ihnen zu helfen. Na ja – auf eine Art auch – damit sie mir helfen." Da es bereits das fünfte Mal ist, dass sie in dieser Klinik spendet, gibt es 200 Euro mehr Entschädigung (zu den üblichen 1000 Euro pro Spende). Jenny freut sich. Wir sprechen über ihren Geburtstag und das Fest, welches sie seit längerer Zeit organisiert. Jenny meint, dass sie nun vielleicht doch zu Hause feiern würden und nicht wie geplant auswärts, weil nun auch ihr Freund arbeitslos sei. Wir laufen los in Richtung Klinik. Danach fällt das Gespräch auf meine Kinder. Ich frage sie, ob sie denn Kinder haben möchte. Sie meint: „Nein. Kinder, nur um sie dann nicht unterhalten zu können, ohne Stabilität, das geht nicht. Sowieso, die menschliche Spezies stirbt auch nicht aus. Wenn ich sie nicht habe, hat sie doch jemand anderes."

Wir kommen in der Klinik an. Ich war hier schon mal für ein Interview, damals ging ich durch das Haupttor, dieses Mal gehen wir 200 Meter weiter und treten durch eine Hintertür, die Tür der Spenderinnen. Die Klinik ist auch hier noch schick, wenn auch etwas schlichter gehalten. Eine Krankenschwester holt uns ab und bringt uns in das Zimmer, in welchem sich Jenny bereit machen soll.

Nachdem sie den Morgenmantel mit dem Emblem der Klinik angezogen hat, beginnt Jenny über das Geld zu reden, welches sie nach

der Punktion erhalten wird und was sie damit machen will. 250 Euro werden direkt für Versicherungsbeiträge draufgehen, 180 für ausstehende Rechnungen, 60 für einen Strafzettel, und danach ginge sie vielleicht mit ihrer Nichte ins Kino, dann noch zu Primark und C&A einkaufen. Sie würde so gerne einkaufen, sagt Jenny, plötzlich aufgekratzt. Ein bisschen beschämt fügt sie hinzu, in diesen Läden sei es ja zum Glück nicht so teuer. Danach wird Jenny nachdenklich. Ihrer Nichte würde sie immer sagen, dass sie unbedingt etwas lernen soll, denn sie sehe es ja nun bei sich: „Wenn mein Freund mich verlässt, bin ich auf der Straße." Sowieso, das leidige Thema Geld. Im November, so rechnet sie mir vor, werde sie 1200 Euro aus der Eizellenspende verdienen. Nach den Rechnungen würde davon nicht viel übrigbleiben. Sie würde ja eigentlich nur Reis und Pasta kaufen, trotzdem reiche es irgendwie nie. Eigentlich würde sie viel lieber Fisch und Fleisch kaufen und gute Linsen machen, so wie ihre Mutter sie immer gemacht habe – das fehle ihr.

10.00: Jenny wird abgeholt für die Punktion. Ich warte.

10.45: Jenny wird zurückgebracht, im Spitalbett, unter mehreren Decken. Sie zittert am ganzen Körper. Sie ist noch nicht wirklich ansprechbar und redet zusammenhangslos vor sich hin. Langsam kommt sie zu sich. Endlich erscheint eine Krankenschwester und bringt Kaffee. Jenny fragt nach dem braunen Zucker. Im Restaurant oder in der Klinik, so erklärt sie mir und der Krankenschwester, würde sie immer braunen Zucker bestellen. Zu Hause habe sie nur den weißen, der braune sei ja so teuer. Danach flüstert sie mir zu, dass sie jetzt eigentlich gerne eine rauchen würde, aber das sei erst später möglich, weil die in der Klinik ja nicht wissen, dass sie rauche. Die würden sich ja sowieso primär für diese vererbbaren Sachen interessieren. Das sagt Jenny mit einem schelmischen Lächeln: „Köpfchen muss man eben haben."

Plötzlich erhält Jenny eine WhatsApp-Nachricht. Sie fragt laut: „He, Jorge, wer ist das denn?" Dann flüstert sie mir zu: „Weißt du, bevor ich mit meinem Freund zusammen war, habe ich für Geld mit Männern geschlafen." Aber das sei nun vorbei. Sie schickt dem Mann eine Audionachricht. Er solle sie gefälligst in Ruhe lassen, sie sei nun in einer Beziehung und würde das nicht mehr machen. Auf mein Nachfragen sagt mir Jenny, sie sei nun nur noch mit drei bis vier Männern in Kontakt. Und zwar, um den Monat, an welchem sie nicht spenden kann, zu überbrücken. Das Gute dabei sei, dass die

Typen sie bei ihr zu Hause abholen und danach auch wieder zurückbringen. Das heißt, das ganze Geld für den Transport fällt weg, nicht so wie bei der Spende, bei welcher sie immer auch noch die Transporte in die Klinik bezahlen müsse. Ich frage Jenny, ob sie ihrem Freund davon erzählt habe. Jenny flüstert: „Nein, der weiß zwar, dass ich Geld verdiene, meint aber, dass ich putzen gehe dafür."

Ich frage Jenny, ob ich nicht das Licht anmachen soll. Sie verneint. Sie würde sparen, wo sie könne, da sei sie sehr konsequent. Dann erscheint eine Krankenschwester, gibt ihr einen Umschlag mit dem Geld – eine Nachkontrolle gibt es nicht. In diesem Moment springt Jenny auf, nimmt das Geld aus dem Umschlag, kontrolliert die Scheine sorgfältig und freut sich, dass nun tatsächlich 200 Euro mehr dabei sind als bei den letzten Spenden. „Perfekt, damit habe ich sogar mehr, als ich brauche um den Monat zu überleben." Mit neuem Elan wirft sie ihre Tasche über die Schulter und ruft mit gespieltem Pathos: „DANKE, an Gott, an wen auch immer, das ist mir eigentlich egal. Komm, lass uns frühstücken gehen!"

Die Eizellenspenderin: Selbstbestimmte Akteurin oder ausgebeutetes Opfer?

Reproduktive Technologien mit Drittparteien sind in spezifischer Weise mit der Frage nach Selbstbestimmung oder Ausbeutung verbunden, führen sie doch zu einer „neuen Art der Entfremdung vom eigenen Körper bei gleichzeitiger Ermöglichung einer neuen Art von Eigentum" (Gupta und Richters 2008, 248). Dieser Umstand führte, wie bereits aufgezeigt, schon früh zu einer Grundsatzfrage innerhalb der feministischen Bewegung. Während einige Theoretiker*innen den Körper als Besitz rahmten und damit das Recht ableiteten, Teile davon zu verkaufen (Andrews 1986; Radin 1987), sprachen sich andere für die Unveräußerlichkeit von Keimzellen aus (Klein 2008; Mies und Shiva 2016; Graumann und Schneider 2003).

Jenny, Eizellenspenderin, Valencia, 25.6.2018

Schlussendlich ist es mein Körper. Es ist meine Gesundheit, es ist mein Körper und diejenige, die den Ton angibt, bin ich.

Gerade ethnographische Arbeiten aus so verschiedenen Gegenden wie Rumänien, Ukraine, Südafrika oder Mexiko zeigten jedoch klar auf, wie im Prozess der Herstellung von ‚glücklichen Familien' das Wohlergehen von Eizellenspenderinnen dem biologischen Material und dem Wohlergehen der Eizellenempfänger*innen untergeordnet wird (Nahman 2011; Pande und Moll 2018; Perler und Schurr 2020; Vlasenko 2015).

Spenderinnen wurden bisher dokumentiert als Migrant*innen (Nahman 2018), „reisende Eizellenspenderinnen" aus Südafrika, welche einen globalisierten Markt bedienen (Pande und Moll 2018), Frauen aus Osteuropa und dem Nahen Osten, welche in den transnationalen Markt eingebunden sind (Nahman 2008, 2011; Lundin 2012; Vlasenko 2015) oder als prekär beschäftigte Frauen und alleinerziehende Mütter in Mexiko (Perler 2015; Perler und Schurr 2020). Eizellenspenderinnen, so wird in vielen dieser Arbeiten klar, werden, da sie billige Arbeitskräfte sind, in einer transnationalen Bioökonomie oft zu einer „ausbeutbaren Ressource" (Nahman 2018, 83).

Tagebuchnotiz, Valencia, 1.3.2018

Als ich die Spenderin zum ersten Mal treffe, holt sie mich an der Metrostation ab. Torrent, ein ehemaliges Dorf im Süden Valencias, ist heute beinahe Teil Valencias und in einer halbstündigen Fahrt per Metro erreichbar. In den umliegenden Weilern Torrents finden sich schicke ‚Chalets', Zweitwohnsitze von vermögenden Valencianer*innen. Torrent selbst ist eine Mischung aus alter Pueblostruktur; die Plaza mit der Kirche und dem Dorfkern lassen das dörfliche Ambiente noch erahnen. Gleichzeitig wuchs das Dorf mit Valencia zusammen und wurde in den letzten Jahrzehnten stark urbanisiert. Elsa holt mich mit ihrem Hund ab und wir holen noch kurz Zigaretten, bevor wir zu ihr nach Hause gehen. Beim Laufen klärt sie mich darüber auf, dass es eigentlich nicht ihr richtiges Zuhause sei, sondern die Wohnung ihrer Schwester. Ihr Freund und sie können dort in einem Zimmer wohnen, sie würden Internet-, Strom- und sonstige Lebenskosten teilen. Als Gegenleistung, dass sie keine Miete bezahlt, übernähme sie das Putzen und Kochen. Wir steigen die Treppen in den fünften Stock hoch und treten in die Wohnung ein.

Zuerst zeigt mir Elsa das Zimmer von ihr und ihrem Partner. Im Raum stehen prominent platziert ein Fernseher und ein Ventilator.

Über dem Bett hängt eine eingerahmte Zeichnung von ihr und ihrem Freund, sie schauen sich vertraut in die Augen. Auf dem Nachttisch stehen ein Aschenbecher, die Fernbedienung sowie Material zum Zigarettendrehen. Die grün gestrichene Wand ist tapeziert mit einem Kalender, abgepausten Dragon-Ball-Zeichnungen und diversen Karten und Liebesbeweisen, welche sie und ihr Partner einander geschenkt haben. Als wir ins Wohnzimmer eintreten, kann ich mich nicht sattsehen an den Sammelsurien und Objekten, die da beieinanderstehen.

Ich muss zugeben, dass mich Elsas Zuhause gleichzeitig fasziniert und befremdet. Die Prekarität ist förmlich zu spüren und zeigt mir gleichzeitig meine eigene Privilegiertheit auf. Ein großes, die ganze Wand bedeckendes Möbel beherbergt nebst einem Bildschirm auch eine außergewöhnliche Mischung von Objekten: ein Marienbild, Schwerter, Modell-Rennautos, Glasengel, Plastikblumen und verschiedene Diplome. Über dem Sofa hängt gerahmt das Gemälde eines Hundes. Elsa nimmt darunter Platz, beginnt zu erzählen …

Nach zwei Stunden trete ich aus dem Haus, es dämmert schon. Die Geschichte von Elsa geht mir nah. Über fünfzehn Mal hat sie schon gespendet, eigentlich alle zwei, drei Monate, seit Jahren schon. Zuerst in Madrid und nun in Valencia; sie geht von Klinik zu Klinik. Sie wisse schon, dass das eigentlich nicht legal sei, aber na ja „*hecha la ley, hecha la trampa*" (Jedes Gesetz hat seine Lücken). Und sowieso, sie benötige das Geld nun mal, was solle sie denn sonst tun, meinte sie …

Die Anthropologin Michal Nahman ruft bei aller Kritik an Ausbeutung und kapitalistischer Verwertungslogik jedoch dazu auf, nicht in einen Opferdiskurs zu verfallen, der Spenderinnen als reine „Gefäße für Eizellen" deutet (2011, 631). Eizellenspenderinnen seien im Gegenteil „versierte Teilnehmerinnen in dieser neoliberalen Ökonomie […] sie sind aktiv daran beteiligt, Eizellen zu verkaufen" (Ebd., 67). Ich teile Nahmans Einschätzung, dass die Frage nach Entscheidungsmacht und ‚freiem Willen' die falsche ist, denn „beide […] operieren eher innerhalb als außerhalb der neoliberalen Epistemologie" (Ebd., 67). Und doch darf der wirkungsmächtige Kontext, in welchen die Eizellenspende eingeschrieben ist, nicht vergessen werden. Wichtig ist es meines Erachtens deshalb, den Begriff der *stratifizierten Reproduktion* als Grundlage des transnationalen Eizellenspendemarktes und somit auch

der Positionalität von Eizellenspenderinnen einzuführen. Mit dem Begriff der *stratifizierten Reproduktion* lehne ich mich an die Arbeit und Definition von Shellee Colen an:

> „Physische und soziale Reproduktionsaufgaben werden entlang von Ungleichheitskategorien erledigt, die auf die Hierarchien von Klasse, ‚race', ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, dem eigenen Platz in der Weltwirtschaft sowie dem Migrationsstatus beruhen. Die Reproduktion wird dementsprechend durch soziale, wirtschaftliche und politische Kräfte strukturiert. Die – körperliche, geistige und emotionale – Reproduktionsarbeit des Gebärens, Aufziehens und Sozialisierens von Kindern wird somit auf unterschiedliche Weise erlebt, bewertet und belohnt[15]" (Colen 1995, 78).

Die Definition der stratifizierten Reproduktion bietet eine Möglichkeit, die intersektionalen Ungleichheitskategorien zu erfassen, welche die Reproduktionsarbeit durchziehen. Die Eizellenspende als eine Form von stratifizierter Reproduktion zu konzeptualisieren, bedeutet deshalb auch, die Praxis innerhalb von strukturellen Ungleichheiten und als Teil einer postfordistischen kapitalistischen Ordnung zu situieren. Gerade als transnationales Phänomen verbindet die Eizellenspende auch in einzigartiger Weise sehr verschieden positionierte Menschen: Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen. Dabei ist sie als kulturelles Phänomen auch multipel verortet, sowohl im Privaten wie auch im Öffentlichen, auf einer Ebene des Marktes und in der Familie, und agiert somit auf verschiedenen Skalen (Waldby 2019, 9). Die Teilnahme in dieser Bioökonomie verläuft entlang intersektionaler Ungleichheitskategorien (Schurr 2019, 106) und ist damit tief verwurzelt in den Logiken der *stratifizierten Reproduktion*.

Lafuente-Funes und Pérez Orozco haben die Eizellenspende analog zur Sorgearbeit als eine Form der *global care chain* analysiert, bei welcher reproduktive Arbeit an weniger privilegierte Frauen ausgelagert wird und dabei eine technische und individualisierte Lösung für eine viel breitere gesellschaftliche reproduktive Krise geboten wird (Lafuente-Funes und Orozco 2020, 372). Die Autorinnen betonen, dass in diesen Arrangements sichtbar gemacht werden muss, wer die Sorgearbeit/reproduktive Arbeit erhält, wer sie leistet, wer dafür bezahlt und wer

15 Colen hat dieses Konzept ursprünglich für global care chains entwickelt, weshalb man beim letzten Satz in Bezug auf die Eizellenspende auch noch das Empfangen von Kindern oder in Bezug auf Leihmutterschaft auch das Austragen von Kindern beifügen könnte.

schließlich (finanziell) davon profitiert. Dabei wird ersichtlich, dass es primär Kliniken und verschiedene Zwischenvermittler*innen sind, die den Gewinn dieser Arbeit abschöpfen, während die reproduktive Arbeit von den Eizellenspenderinnen geleistet wird (Ebd., 364).

Tagebuchnotiz, Barcelona, 18.7.2018

Als wir bei Vero eintreten, in einem zentralen Teil Barcelonas, werden wir in einem Zuhause erwartet, das so auch irgendwo in einem der hippen Quartiere in New York, Zürich oder Berlin sein könnte: lichtdurchfluteter Altbau, knarrende Böden, als Möbel auserlesene Stücke aus der Brockenstube. Im Büchergestell finden sich neben Hemingway und Umberto Eco auch Simone de Beauvoir und Noam Chomsky. Auf den dunklen Möbeln stehen ausgewählte Objekte aus aller Welt: kleine afrikanische Skulpturen, Vasen mit getrockneten Rosen und Lavendel, die einen Hauch Provence verströmen; auch ein filigraner Räucherstäbchenhalter steht da … Auf dem Tischchen im Wohnzimmer stapeln sich die Notizbücher. Die Weltkarte über dem Sofa und eine Karte von Kurdistan lassen schließlich keine Zweifel daran, dass hier eine Frau wohnt, die in der Welt zuhause ist. Vero kam vor zwei Jahren aus ihrer Heimat Galizien nach Barcelona, um Fotografie zu studieren.

Die Spende, so erzählt sie, habe sie damals gemacht, weil sie keine Lust hatte, bei ihrer Mutter um Geld zu betteln. Die Gentrifizierung in Barcelona sei enorm, die Mieten extrem hoch und sie hätte halt keine Erfahrung im Gastgewerbe vorzuweisen. So kam sie auf die Idee der Spende. Mit dem Geld kam sie ein paar Monate über die Runden. Vor kurzem hat sie nun ein zweites Mal gespendet. Diesmal wegen eines Projektes, welches sie umtreibt. Sie will im Sommer nach Kurdistan, um eine Fotoreportage zu machen. Vero hat vorher in Istanbul gelebt, der Nahe Osten ist ihr eine zweite Heimat. Aber Visa, Flug und lokale Vermittler kosten Geld. Die einfachste Methode, so Vero, wäre halt die Spende. Zudem habe sie die Stimulation sehr gut vertragen. Danach aber, so sagt sie überzeugt, sei Schluss mit Spenden.

Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit dem selektionierten Leben. Damit ist neben der Selektion der Eizellenspenderinnen auch die Selektion von Genmaterial gemeint. In diesem Sinne geht es hier also auch

um die Verflechtung von Reproduktion und Genetik, welche die Reproduktionsmedizin prägt und im Folgenden beschrieben wird.

3.4. Die Reprogenetik: *The new normal* in der Reproduktionsmedizin

Im Zuge des *Human Genome Projects* wurde das Gen zu einem zentralen Akteur der Gesundheitsforschung. Das 20. Jahrhundert wurde, so könnte man mit Evelyne Fox Keller sagen, zum „Jahrhundert der Genetik" (Fox Keller 2002). Im Zuge dessen wurde die Befürchtung größer, dass durch eine Genetisierung die menschliche Komplexität auf ihre Genetik reduziert werden könnte und dadurch rassistische, ableistische und sexistische Ungleichheitsmechanismen essentialisiert würden (Lippman 1991, 1992, 1994). In Bezug auf die Eizellenspende hat Lauren J. Martin beispielsweise aufgezeigt, wie im äußerst liberalen und stark kommerzialisierten US-Markt Eizellenspenderinnen über (genetische) Selektionsmechanismen ausgewählt werden (2018, 2014). Diese Selektion folgt gemäß Martin einer eugenischen Logik, bei welcher die besten Eizellenspenderinnen gemäß ihrem genetischen Material und den Kategorien *Schönheit*, *race* und *Intelligenz* ausgewählt werden (Ebd.,157). Dieser Prozess, bei welchem neue Technologien genutzt werden, die bereits bestehende Vorurteile gegenüber ‚atypischen' Körpern verfestigen, wird auch *flexible Eugenik* genannt (Taussig, Rapp und Heath 2005, 196). Die von Martin analysierten Aspekte (*Schönheit, race und Intelligenz*) verweisen auf die kontroversen Logiken des *Designerbabys* (Klitzman 2019). In diesem Buch beleuchte ich einen weiteren Aspekt, welcher gesellschaftlich wohl weniger umstritten ist, aber nicht minder relevant: die Herstellung von ‚Gesundheit' über genetische Selektionstechniken.

Im 21. Jahrhundert wurde die Dimension der Genetik als „Buch des Lebens" (Rothman 2001) stark in Frage gestellt. Die postgenomische Gesellschaft brachte neue Konzepte, so beispielsweise die Einflüsse der Umwelt auf die Genetik: die Epigenetik (Rapp 2018). Genetik und Epigenetik brachten aber beide ein „molekulares Verständnis" (Rose 2006) von Gesundheit mit sich. Die Reproduktionsmedizin ist im Zuge dieser Genetisierung zu einer *selektiven Reproduktion* geworden, verstanden als „Praktiken, die darauf abzielen, die Geburt bestimmter Kinder zu verhindern oder zu fördern" (Wahlberg und Gammeltoft 2018, 1). In unserem Erbgut befinden sich rund 20'000 – 25'000 Gene, bei 15'000 wurden bisher Variationen und ihre gesundheitlichen Folgen

beschrieben (Bartholdi u.a. 2011, 10). Dass die Reproduktionsmedizin diese neuen Erkenntnisse nutzt, um damit die Vererbung von Krankheiten auf die Nachkommen zu minimieren, scheint daher naheliegend. Die Reprogenetik und damit genetische Diagnosetechnologien sind europaweit auf starkem Expansionskurs (de Geyter u.a. 2020, 11). In dieser Entwicklung übernimmt Spanien in Europa eine Vorreiterrolle (Pavone und Lafuente-Funes 2018; Pavone und Arias 2012; González 2014). Der große Erfolg der Genetik in der Reproduktionsmedizin ist aber auch auf einen breiteren gesellschaftlichen Risiko- und Präventionsgedanken zurückzuführen, welcher auch die Medizin massiv beeinflusst (Beck 2015, (1986); Bröckling 2008; Lemke und Rüppel 2017; Lemke und Liebsch 2015). Denn während etwa in der Onkologie oder Pharmazeutik Möglichkeiten gesucht werden, wie eine bereits existierende Krankheit besser therapiert werden kann, bietet die Reproduktionsmedizin die Chance, präventiv einzugreifen und gewisse Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen. Diese Art der Medizin bringt also potenzielle Zukunft in die Gegenwart und macht diese zum Subjekt von Risikokalkulationen (Rose 2006, 17).

Verschiedene ethnographische Forschungen haben sich damit beschäftigt, was diese neuen Möglichkeiten des Testens für das Erleben einer Schwangerschaft bedeuten (Rothman 1993; Rapp 2000; Samerski 2015; Thomas u.a. 2020). Dabei wurde bezüglich Pränataldiagnostik etwa aufgezeigt, dass die Verbesserung der Tests, aber auch die Möglichkeit, diese in der Schwangerschaft schon sehr früh einzusetzen, neue Problematiken mit sich bringen. So wurde zum Beispiel die Fruchtwasserpunktion noch in einem Moment der Schwangerschaft durchgeführt, in dem diese bereits weiter fortgeschritten war; zudem bestand das Risiko einer Fehlgeburt. Das ist bei der neuen Pränataldiagnostik (den sogenannten *nicht invasiven Verfahren*) anders, denn sie setzen viel früher an, also meist noch bevor eine Frau sich überhaupt mit der Schwangerschaft und dem Kind auseinandergesetzt hat. Das ändert einiges, denn nun tritt die bewusst erlebte Schwangerschaft beinahe gleichzeitig mit dem Test ein: „Das zukünftige Kind als solches tritt durch eine diagnostische Einordnung in das Leben der Frau ein" (Thomas u.a. 2020, 7). Mit der zeitlichen Verschiebung und technischen Optimierung der Verfahren werden diese normalisiert und potenziell einer immer größeren Population zur Verfügung gestellt, da ein Test nun im Rahmen der regulären Schwangerschaftskontrollen risikofrei durchgeführt werden kann. Im Rahmen der von mir untersuchten Technologien geht diese zeitliche Verschiebung noch viel weiter. Die Schwangerschaft ist im Moment der Anwendung der

Testverfahren noch weit entfernt: Es ist das Erbmaterial, welches zur Herstellung einer Person genutzt wird, das potenziell krankmachend ist und daher selektioniert wird. Der Entscheid über die Selektion wird auch nicht mehr primär von Schwangeren getroffen, sondern von Reproduktionsmediziner*innen und Genetiker*innen, welche genetische Tests nutzen, um damit die geeigneten Spenderinnen zu selektionieren. Die Beschäftigung mit genetischen Trägertests in Zusammenhang mit der Eizellenspende ist auch deshalb interessant, weil die Genetik der Spenderin abgeklärt wird, jedoch nicht für ihre eigene Gesundheit bzw. diejenige ihrer eigenen Kinder, sondern für diejenige eines Kindes einer anderen Frau.

Aus der Perspektive der *Critical disability studies* lässt sich die verstärkte Normalisierung von Testverfahren schließlich mit einer breiteren gesellschaftlichen Normierung und Naturalisierung von ‚gesunden' Körpern zusammenbringen. Hier ist das Konzept der *compulsory able-bodiedness* wichtig, welches Robert McRuer und Alison Kafer ausgehend von Adrienne Richs Begriff der *compulsory heterosexuality* (1980) entwickelten. Während sich Rich mit der gesellschaftlichen *Zwangsheterosexualität* auseinandersetzte, münzten McRuer und Kafer das Konzept um auf Be_hinderung. Dabei geht es primär darum, die ableistischen Logiken aufzuzeigen, welche unsere Gesellschaft in ihrer Essenz durchdringen (McRuer 2006; Kafer 2003)[16]. Das zeigt sich in multiplen Facetten: In gesellschaftlichen Vorstellungen und hegemonialen Lebensentwürfen, aber auch in Materialitäten wie etwa einer nicht barrierefreien Architektur, unserer Sprache, der Popkultur … In all diesen Domänen wird (mehrheitlich) eben nicht nur von einem heterosexuellen, sondern auch von einem nicht be_hinderten Menschen ausgegangen. Übertragen auf die Reproduktionsmedizin ist auch der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind, welcher den genetischen Testverfahren zugrunde liegt, eingeschrieben in eine ableistische Vorstellung des Menschen als per se nicht be_hindert, also einer gesellschaftlichen *compulsory abled-bodiedness* (Kafer 2003: 80; wird im theoretischen Einschub I weiter ausgeführt).

16 Während sich McRuer und Kafer gezielt mit dem Zusammenspiel von ableistischen und zwangsheterosexuellen Logiken auseinandersetzt, wurde das Konzept der compulsory able-bodiedness (teils auch unter dem Begriff able-bodymindness) in der Folge auch jenseits einer queeren Perspektive weitergenutzt,

Ricardo, Arzt, Valencia, 1.10.2018

Laura: Valencia ist federführend für die transnationale Eizellenspende wie auch für die Genetik? Warum eigentlich? Hat das einen Zusammenhang?

Ricardo: Ja, die beiden Sachen gehen Hand in Hand. Zunächst führte man Studien für etwas ältere Frauen durch. Man testete die Embryonen vor dem Transfer auf genetische Anomalien und transferierte dann nur die guten. Aber was zu einer starken Zunahme geführt hat, da es hier viele Eizellenspenden gibt, ist, dass man begonnen hat bei diesen Spenderinnen einige grundlegende Tests durchzuführen. Zuerst hat man einfach geschaut, dass mit den Chromosomen alles in Ordnung war, ziemlich grundlegende Tests. Und dann war es irgendwann so, dass man zu einem sehr niedrigen Preis ganz viele Chromosomen testen konnte [...] Dann untersuchten wir die fünf, sechs wichtigsten Krankheiten. Aber in einigen Jahren wird man das gesamte genetische Material bestimmen können. Natürlich, wenn du, ohne unfruchtbar zu sein, mit deinem Partner ein Kind bekommen willst und einen Gentest durchführen würdest, dann bist du ganz schön in der Bredouille. Statt, dass du einfach so schwanger würdest, weißt du bei einer genetischen Studie, dass deine Nachkommen vielleicht eine genetische Krankheit haben könnten.

Das heißt, du wirst nicht mehr durch Sex schwanger, sondern du gehst in eine Klinik, machst dir einen Trägertest, das hört sich momentan noch nach Science-Fiction an, aber das wird kommen. Die Entscheidung wird sein: Entweder ich werde beim Sex schwanger oder ich mache IVF und weiß, dass mein Kind eine ganze Reihe von Pathologien sicher nicht haben wird. Im Moment empfehlen wir das noch niemandem, aber es ist eine Frage der Zeit und der Mentalität. Am Ende werden die Leute darüber nachdenken. Sie werden sich denken: Entweder ich bezahle etwas für eine genetische Studie und habe damit einige Garantien. Und Sex habe ich, um zu genießen. Aber um Kinder zu haben ziehe ich die andere Variante vor. Das wird die zweite wichtige gesellschaftliche Veränderung sein, heute IVF und morgen die Genetik. Aber wer wird Zugang dazu haben? Die Armen oder die Reichen? Die ganze Bevölkerung oder nur ein Teil davon? Hier spielen viele Faktoren eine Rolle. Nun ja, es ist wie in der Informatik, die Genetik wird so viele Dimensionen tangieren, dass sie am Ende soziale Fragen hervorrufen wird.

3.5. Die Verbindung von Reproduktions- und Gentechnik

Mit Blick auf die regen Debatten darüber, inwiefern die Eizellenspende rassistische, klassistische und sonst diskriminierende Strukturen reproduziert, verwundert es, dass sich neuere Forschungen nicht näher mit den ableistischen Dimensionen der Eizellenspende beschäftigen – beispielweise, um zu fragen, inwiefern über die Eizellenspende bestimmte Körpernormen in Bezug auf Be_hinderung und ‚Krankheit' reproduziert werden. Die fehlende Debatte der ableistischen Bedingungen der Eizellenspende hat wohl auch damit zu tun, dass die Eizellenspende heute nur noch selten in direkter Verbindung mit der Gentechnologie analysiert wird.

Dies war, wie aufgezeigt, in den 1980er Jahren anders: Damals war es erklärtes Ziel, die enge Verquickung von Reproduktions- und Gentechnologie aufzuzeigen (Klein 2008, 158, 160). Dabei wurde auch vor den Folgen gewarnt. So fragte etwa Beck-Gernsheim bereits 1991: „Wie sieht die Zukunft für Behinderte aus […] Wie werden, im ganz wörtlichen Sinn, ihre Lebenschancen aussehen, wenn wir uns daran gewöhnen, die genetischen ‚Defekte' zum Maßstab zu machen?" (1991, 18). Auch in Bezug auf Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik haben sich Forschende seither intensiv mit Ableismus beschäftigt (Franklin 2013; Lippman 1994; Lemke und Rüppel 2017; Pavone und Lafuente-Funes 2018; Pavone 2010; Pavone und Arias 2012; Rapp 2000; Rothman 1993; Roberts und Franklin 2004).

In diesem Buch soll der Verbindung dieser spezifischen Technologien, also der Eizellenspende und der genetischen Selektion, Beachtung geschenkt werden. Das ‚gesunde' Kind wird dabei als eine normalisierte und ableistische gesellschaftliche Imagination aufgezeigt. Dabei soll auch danach gefragt werden, was dieses ‚gesunde' Kind für die involvierten Akteur*innen allgemein – und für Eizellenspenderinnen spezifisch – bedeutet. Zentral dabei sind die multiplen Verkopplungen von Ungleichheitsverhältnissen: Die ableistischen und eugenischen Aspekte der Genetik sollen in Verbindung gebracht werden mit den sozioökonomischen Ungleichheiten der transnationalen Eizellenspende. Damit verorte ich mich in einer feministischen Debatte, im Rahmen derer die Eizellenspende als Bioökonomie mit inhärenten Machtverhältnissen analysiert wird.

4. Forschungsablauf, Ethik und Akteur*innen

Dieses Buch schließt sich methodisch denjenigen Forschungssträngen an, welche sich mit Praxis beschäftigen, verstanden als ein Nexus von „räumlich-zeitlich verstreuten [...] Tuns und Sagens" (Schatzki 2012, 2). Die Beschäftigung mit Praxis ist disziplinübergreifend und wird in verschiedensten Forschungssträngen diskutiert: Von einem disziplinübergreifenden *New Materialism* zu anthropologisch geprägten Ontologiedebatten, soziologischen und von Pierre Bourdieu geprägten praxeographischen Ansätzen hin zu *Science Technology Studies* (STS) und Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT). Mir geht es hier darum, diese praxeographischen Ansätze zu nutzen, um einen medizinkritischen Beitrag in einem bestimmten empirischen Feld zu leisten. Dabei zeige ich auf, wie über die praxeographische Herangehensweise eine *Multiplizität* von Forschungsfeldern entsteht, welche neue Erkenntnisse ermöglicht: Die Relevanz der Vorstellung vom ‚gesunden' Kind etwa erschloss sich mir in ihrer Konsistenz und Wirkungsmächtigkeit erst, als ich all die verschiedenen Praktiken in der Klinik über diesen Zeitraum von mehreren Monaten analysierte. In meiner Arbeit verbinde ich aber auch multiple theoretische Zugänge: Ich nehme – konsequent disziplinübergreifend – Bezug auf ältere und neuere medizinkritische Debatten. Ich zeige die Reproduktionsklinik durch das Prisma des Imaginativs auf. Ich nutze Ansätze aus der *Crip* und *Queer Theory*, um mein Argument auf deren Kritik an normierten Zukunftsvorstellungen aufzubauen. Ich situiere mich zwischen *Science and Technology Studies*, feministischen Debatten zur Bioökonomie und einer der Ethnographie verpflichteten Sozialanthropologie. Ich beziehe mich auf Forschungen aus dem deutschsprachigen, anglophonen, frankophonen und spanischsprachigen Raum. In diesem Kapitel soll nun in Grundzügen aufgezeigt werden, wie die Erkenntnisse in diesem Buch zu Stande kamen. In einem zweiten Schritt diskutiere ich die forschungsethischen Aspekte. Abschließend werden einige zentrale Akteur*innen, welche in diesem Buch zur Sprache kommen, kurz vorgestellt.

4.1. Von der Datenerhebung zur Datenanalyse

Meine Forschung ist eine von den Prinzipien der *Grounded Theory* (Strauss und Glaser 1967) inspirierte Ethnographie. Ich habe mich also weitgehend von meinem Forschungsmaterial leiten lassen und bin in einem zirkulären Forschungsdesign mehrmals durch

Datenerhebung, Analyse und (Weiter-)Entwicklung der Fragestellung gegangen (Breidenstein u.a. 2013, 45). Dabei habe ich multiple soziale Praktiken beobachtet, diverse Methoden eingesetzt und meine Beobachtungen verschriftlicht (ebd., 31-36). Diese iterative Analyse des Materials hat in sich multiple Perspektiven eröffnet, hat sich meine Fragestellung doch über die Zeit und mit den periodischen Zwischenanalysen weiterentwickelt. Wollte ich zuerst beispielsweise die Erfahrungen von Eizellenspenderinnen mit denjenigen von Eizellenempfänger*innen zusammenbringen und mich primär mit dem Konzept der Prekarität beschäftigen, ergab sich mit der Zeit ein verstärktes Interesse an Zukunftsvisionen und an der grundlegenden Bedeutung von ‚Gesundheit' in einer transnational operierenden Reproduktionsklinik. Dieses Interesse lässt sich nicht jenseits meiner persönlichen Verortungen verstehen.

Tagebuchnotiz, Bern, 1.3.2017

Es ist Winter 2017, meine Mutter hat wieder einen Rückfall. Metastasierender Brustkrebs. Wir warten im Wartesaal der Onkologie. Seit 45 Minuten schon; langsam werden wir alle nervös. Meine Mutter meint zu mir: „Weißt du, es fühlt sich an als käme ich direkt auf die Schlachtbank – ich kann nur warten darauf, was nun entschieden wird, über mich, über meine Zukunft." Diese Worte bleiben hängen. Die nächsten Wochen sind geprägt von Klinikbesuchen; MRI, Pet CT, langen Gesprächen über das Leben und den Tod. Im Büro dann beschäftige ich mich mit dem Lebensanfang. Persönliches und Berufliches vermischen sich in meinen Gedanken: Welche Bedeutung nehmen Statistiken ein in unserem Leben? Wie strukturieren sie unser Erleben? Hat das (schwierige) Verhältnis zum Tod etwas mit unserer zunehmenden Gesundheitsbesessenheit zu tun? Welchen Zeitlichkeiten unterwerfen wir uns? Würde meine Mutter in Zukunft gar nie geboren werden; zu früh zu schwer krank? Was macht die Genetik mit uns? Wohin führt das alles?

Datenauswahl und epistemologische Blickwinkel

Zehn Monate Feldforschung in Valencia bilden das Kernstück meiner *multi-sited ethnography* (Marcus 1995). In der Klinik CREAVIVA habe ich Beobachtungsprotokolle und Tagebucheinträge geschrieben, Dokumente

gesammelt, beiläufigen Gesprächen und Pausenraumunterhaltungen beigewohnt. Nach und nach entstand so eine *dichte Beschreibung* (Geertz 1987) des Forschungsfeldes. Die Datenerhebung gestartet habe ich aber bereits Ende 2016 mit Interviews in der Schweiz. Dabei habe ich Reproduktionsmediziner*innen, aber auch vier Paare interviewt, welche für eine Eizellenspende ins Ausland reisten. So verlagerte sich mein Forschungsfeld immer stärker weg von der Schweiz, hin zum transnational ausgerichteten spanischen Reproduktionsmarkt. Im April 2017 hatte ich dann die Möglichkeit, ein Paar zum Embryotransfer nach Alicante zu begleiten. Daraus ergab sich auch eine engere Forschungspartnerschaft, in welcher Mila in über 100 selbstgedrehten Handy-Videobeiträgen ihre reproduktive Reise, von Beginn der Medikation bis hin zur Geburt ihrer Tochter, dokumentierte. Die daraus entstandenen Videos sind dabei nicht die wichtigsten Elemente, vielmehr wurden über den Prozess und die Aushandlung in Bezug auf diese tagebuchähnlichen Aufnahmen ‚visuelle Interventionen' erschaffen (Pink 2009, 4).

> Tagebuchnotiz, Barcelona, 11.4.2017
>
> Wow, jetzt habe ich gerade von Mila Bescheid gekriegt, sie ist schwanger! Ich habe tatsächlich Tränen in den Augen. Irgendwie schon krass, was diese Videos auslösen. Ich war schon morgens ziemlich nervös und hab dann gesehen, dass sie ein Video rauflädt. Als ich ihr Gesicht gesehen habe, war mir sofort klar, dass es geklappt hat. So schön.

Neben der Rückmeldung von Mila, dass die täglichen Momente mit der Kamera halfen, das Erleben im Sinne eines Tagebuches zu verarbeiten, ergab sich auch eine ganz andere (emotionale) Implikation meinerseits. Zudem ermöglichte diese Form, die körperlich-emotionalen Veränderungen und spezifischen Zeitlichkeiten von Milas reproduktiver Geschichte mitzuerleben. Die verkörperlichte Erfahrung der Eizellenspende und die immer wiederkehrenden Unsicherheiten in diesem Prozess waren dabei dank den täglich gesichteten Videos für mich anders erfahrbar. Ich habe versucht, dies in einem Zusammenschnitt einiger Videobeiträge auch für die Leser*innen dieses Buches fassbar zu machen. Das hier ersichtliche Videomaterial ist ein Zusammenschnitt verschiedener Beiträge von Beginn der Medikation bis hin zur Geburt und soll einen Einblick geben in die reproduktive Reise einer Eizellenempfängerin.

Videotagebuch
Klicke hier oder fotografiere den QR-Code,
um zum Videotagebuch zu gelangen.



Im Herbst 2017 erfolgten erste Interviews in spanischen Kliniken und die Teilnahme an einem Kongress der Reproduktionsmedizin. Schließlich ergab sich 2018 die Möglichkeit, die bereits erwähnte mehrmonatige teilnehmende Beobachtung in einer Reproduktionsklinik in Valencia anzutreten. In diesen zehn Monaten konnte ich die verschiedenen Akteur*innen der Klinik (Administration, Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen, eine Psychologin, Embryolog*innen) in ihren Tätigkeiten im Labor, im Behandlungsraum und in den Sitzungsräumen begleiten.

In der Klinik durfte ich zuerst nur beobachten, nicht jedoch direkte Gespräche mit Eizellenspenderinnen führen. Als Kompromiss schlug mir der leitende Arzt vor, einen Fragebogen zu entwickeln. Auf Basis dieses Fragebogens habe ich 30 Eizellenspenderinnen aus der Klinik befragt. Die Daten habe ich später anhand von Grafiken und einfacher deskriptiver Statistik abgebildet. Aufgrund des geringen Datensamples sind dies jedoch keine statistisch aussagekräftigen Resultate. Für mich war dieser Fragebogen trotzdem wichtig, weil er erstens einen ‚Türöffner' darstellte für meine ethnographische Arbeit in der Klinik und weil er im Gegensatz zu den von mir interviewten Spenderinnen, welche ich außerhalb der Klinik rekrutiert hatte, die Möglichkeit bot, eine andere Gruppe von Eizellenspenderinnen zu ähnlichen Themen zu befragen.

Parallel zu dieser Forschung in einer Klinik habe ich insgesamt neun Eizellenspenderinnen, einige davon regelmäßig, getroffen; habe einen Tag Feldforschung in einem Genetiklabor gemacht und insgesamt 42 semi-strukturierte Interviews mit verschiedenen mit dem IVF-Sektor verbundenen Firmen (Medizintourismusunternehmen, Genetikfirmen, Eizellenvermittlungsbank, Marketingfirma) geführt. Zudem habe ich alle Klinikmitarbeitenden in kürzeren Interviews zu ihrer persönlichen Meinung in Bezug auf ihre Arbeit und meinen Forschungsgegenstand befragt. Die Antworten darauf bilden die Basis für die *Audioscapes*, welche als auditive Auftakte in den empirischen Kapiteln angehört werden können.

Letztlich ergab sich über die Zusammenarbeit mit einer Fotografin auch die Möglichkeit, vier Spenderinnen fotografisch zu begleiten sowie

einen Tag in einer Klinik zu dokumentieren. Spannend war dabei, das Forschungsthema sozusagen mit den Augen einer Fotografin zu sehen. Gemäß Knorr Cetina und Reichmann stellen diverse Disziplinen und Wissensordnungen eigene epistemische Kulturen dar, welche „dafür sorgen, dass wir wissen, was wir wissen" (2015, 873).

Transkription einer Audionachricht der Fotografin, Valencia, 12.7.2018

Hey Laura. Hör mal, ich habe soeben bemerkt, dass der einzige Ort in der Klinik, in welchem warmes Licht ist, der Raum der Spermaentnahme ist. Finde aber, das passt irgendwie nicht zu diesem unpersönlichen Ambiente der Spermaabgabe, deshalb würde ich das Bild so verändern, dass die unpersönliche und eher kalte Stimmung besser rüberkommt, ist das ok so?

Die epistemische Kultur von Tamara, der Fotografin, mit welcher ich zusammenarbeitete, ließ mich beispielsweise Lichtverhältnisse erkennen, welche für mich als Anthropologin unsichtbar geblieben wären. Die Fotografin zeigte mir aber auch Selbstdarstellungen von Spenderinnen, welche ich ohne diesen visuellen Fokus so nicht kennengelernt hätte. Einige Fotos, welche aus dieser Zusammenarbeit entstanden, sind als Fotostrecke in der Mitte dieses Buches zu sehen und ergeben einen weiteren Einblick in die Welt der Reproduktionsmedizin in Spanien.

4.2. Ethische Reflexion

Meine grundlegende Verortung innerhalb einer feministischen Forschungsethik habe ich bereits in der Einleitung dargelegt. Dies zeigt sich insbesondere im Versuch, meine eigene Positionalität offenzulegen und somit die *Situiertheit* des Wissens aufzuzeigen. Bezüglich den ethischen Standards habe ich mich aber auch an die Prinzipien der AAA[17] gehalten, welche standardisierte ethische (Mindest-)Richtlinien für den gesamten Forschungsprozess einer Ethnographie entwickelte: Von Zustimmung bei der Datenerhebung[18] bis und mit ethischen Prinzipien bei der Verwaltung und Veröffentlichung von Daten. Alle Namen

17 https://www.americananthro.org/LearnAndTeach/Content.aspx?ItemNumber=22869. [Abgerufen am 01.09.2020]

18 Ich habe diese Zustimmung sowohl in Gesprächen und durch das transparente Aufbauen von Vetrauensbeziehungen eingeholt (was ich als zentraler erachte als eine Unterschrift) wie auch in einem Informed Consent, welches die Teilnehmenden der Forschung unterzeichnet haben.

wurden anonymisiert[19] und durch ein Pseudonymen ersetzt; zudem habe ich dort, wo Rückschlüsse trotz der Verwendung von Pseudonymen möglich wären, gewisse biographische Parameter geändert (Béliard and Eideliman 2008, 131).

Ethische Überlegungen sollten integraler Bestandteil des Forschungsdesigns sein (White und Bailey 2004, 132). So verstanden ist Ethik also eher eine prinzipielle Forschungshaltung als eine präskriptive Handlungsanweisung. Empathie, das Aufbauen von Beziehungen wie auch die grundsätzliche Offenheit, sich von der Forschung affektieren zu lassen, sind dabei wichtige, wenn auch problematische Dimensionen von ethnographischer Feldforschung und feministischer Forschungsethik (Stacey 1988, 22).

Tagebuchnotiz, Valencia, 27.4.2018

Nachdem mich Dr. Perez bei unserem ersten Treffen mit dem Kommentar, all meine Forschungsfragen seien völlig diffus und unklar, abgewiesen hat, bin ich nun wieder hier in seinem Zimmer. Ganze drei Wochen später. Drei Wochen, in denen ich mein Forschungsdesign so angepasst habe, dass es einem Mediziner, so hoffte ich, gefallen würde: Ich habe eine These und drei Fragen aufgestellt, die Methoden, wie ich diese Fragen beantworten will, erörtert, und zwei Unterstützungsschreiben von der Universität in Bern und der Host-Universität in Madrid verfassen lassen. Ich bin gespannt, wie Dr. Perez nun reagiert. Er bedankt sich bei mir für das Schreiben meiner Supervisorin. Vielleicht, so meint er, können wir in nächster Zeit einmal skypen, um zu schauen, ob wir zu einem späteren Zeitpunkt einmal gemeinsam etwas publizieren könnten. Er würde sich nun sehr freuen auf eine gute Zusammenarbeit mit mir. Als ich aus dem Zimmer gehe, bebe ich vor Freude, heute Nachmittag schon kann ich beginnen. Was mich noch etwas besorgt ist, dass der Arzt meinte, dass ich dann auch einen weißen Kittel tragen solle und somit wohl nicht sehr offensichtlich Beobachterin bin. Wie klar muss ich mich erkenntlich geben als Sozialanthropologin, ohne meine Forschung zu beeinträchtigen? Es ist ein schmaler Grat, auf dem ich mich hier bewege …

19 Im Falle des Videotagebuchs wurde von der Empfängerin die Zustimmung gegeben, dass dieses veröffentlicht werden darf.

Die Problematik dabei ist beispielweise, dass mit dem Aufbauen von Beziehungen mit Forschungspartner*innen gleichzeitig auch eine erhöhte Gefahr einhergeht, sie auszunutzen oder zu manipulieren (ebd., 22). Eine feministische Forschungsethik entwickelt jedoch gerade deshalb eine besondere Sensibilität für forschungsinhärente Machtbeziehungen (ebd., 21).

Im Forschungsprozess ist es wichtig, Transparenz zu schaffen über die eigenen Verortungen. Adu-Ampong und Adams diskutieren in ihrem Text zu Feldforschung im eigenen kulturellen Kontext die Problematik dieser Verortung (2020). Dabei zeigen die Autoren die konstanten Aushandlungsprozesse auf, in welchen sie fluid zwischen Insider- und Outsiderstatus wechselten, je nachdem, in welcher Situation sie sich befanden (ebd., 591).

Auch meine Forschungspositionalität war sehr fluid. In Bezug auf verschiedene Forschungspartner*innen hatte ich diverse Rollen inne: Mit den Eizellenempfänger*innen teilte ich die Mutterschaft und das Verständnis für den Kinderwunsch, hatte aber selbst keine IVF-Erfahrung aufzuweisen. Ich war in einem ähnlichen Alter wie die Eizellenspenderinnen, war aber sozioökonomisch ganz anders verortet. In der Klinik war ich als Schweizerin, welche zwar fließend Spanisch, aber mit einer mexikanischen Aussprache, sprach, von den Mitarbeitenden schlecht zuzuordnen. Außerdem war ich eine für spanische Verhältnisse sehr junge Mutter und als Studentin atypisch. Im Prozess der Herstellung von Glaubwürdigkeit werden verschiedene Merkmale einer Biographie zum Teil hochgehalten, während andere eher heruntergespielt werden (ebd., 587). Ich selbst habe mich, teils bewusst und teils unbewusst, situativ dem Kontext angepasst, um einen Zugang zum Forschungsfeld zu erhalten: So habe ich die Zusammenarbeit mit zwei bekannteren Anthropolog*innen im Feld der Reproduktionsmedizin immer wieder betont, während ich den kritischen Ansatz der Sozialwissenschaft gerade zu Beginn der Forschung zwar nicht versteckt, doch sicherlich nicht als zentral hervorgehoben habe. Ein weiteres Element der Glaubwürdigkeit kann gemäß Adu-Ampong und Adams auch eine gemeinsame Geschichte sein, welche Verbindungen schafft (ebd., 588). Meine Mutterschaft hat mir gerade bei den Interviews mit Empfängerinnen teilweise Türen geöffnet, weil davon auszugehen war, dass ich den Kinderwunsch an und für sich verstehen konnte.

Während diese Herstellung von Glaubwürdigkeit eminent wichtig ist für den Zugang, muss man auch während der Feldforschung ein

spezifisches Verhalten an den Tag legen, um an bestimmte Informationen zu gelangen. Diesbezüglich nennen die Autoren ein Verhalten, das sie „sozial akzeptierte Inkompetenz“(ebd., 588) nennen. Diese sozial akzeptierte, aber inkompetente Forschende stellt interessierte, aber auch naive Fragen und gelangt so zu neuen Einsichten. Diese Position fiel mir gerade in den medizinischen Belangen nicht schwer. Tatsächlich war vieles für mich neu und ich konnte nicht anders als über naive Fragen versuchen, diese mir unbekannte Welt kennenzulernen. In einer mehrmonatigen Feldforschung werden zudem natürlich Beziehungen aufgebaut, Sympathien und Antipathien gebildet, die alle einen Einfluss haben auf das, was ein*e Forscher*in schließlich hört und sieht. Gleiches gilt für das, was am Ende niedergeschrieben wird. Während ich kaum glaube, dass es eine ‚neutrale' Art zu forschen oder auch zu schreiben gibt, bin ich überzeugt, dass durch das Offenlegen dieser persönlichen Dimensionen und Verortungen die Resultate dieser Forschung besser kontextualisiert werden können.

Von Forschungslücken und der Möglichkeit des Scheiterns

Manchmal sagen auch Lücken und verwehrte Zugänge etwas über ein Forschungsfeld aus. In meiner Forschung gab es gewisse Thematiken, zu welchen ich bis zuletzt keinen Zugang hatte. So wurde ich trotz meines immer wieder hervorgehobenen Interesses am geschäftlichen Teil der Klinik nie zu den Businessmeetings und Verhandlungen eingeladen. Die medizinischen Aspekte hingegen waren offen für meine Beobachtungen. Ein weiteres Beispiel war der Zugang zu Eizellenspenderinnen und -empfänger*innen. Anfangs wurde mir von der Klinik untersagt, überhaupt direkten Kontakt mit diesen aufzunehmen. Die einzige Möglichkeit waren die bereits genannten Fragebögen. Durch diesen ‚erschwerten Zugang' wurden aber interessante Dinge ausgelöst: Einerseits waren die Fragebögen eine Art Türöffner. Sie ermöglichten es mir, meine Fragestellungen gegenüber der Klinik offenzulegen und Vertrauen zu gewinnen.

Tagebuchnotiz, Valencia, 18.4.2018

Ich bin bei Dr. Perez, um die Fragebögen zu diskutieren, welche ich ausgearbeitet habe für die Befragung von Spenderinnen und Empfänger*innen. Dr. Perez bietet mir an, Platz zu nehmen und öffnet das Dokument. Als ich eine halbe Stunde später aus seinem Besprechungszimmer komme, bin ich immer noch perplex. Der Arzt war sehr präzise in seinen Anweisungen. Bei den

Spenderinnen, so seine Ansage, müsse ich die Anweisungen viel klarer und einfacher formulieren, „die verstehen das sonst nicht", bei den Empfänger*innen hingegen sei eine wissenschaftliche Sprache schon ok; „die verstehen das." Bei den Spenderinnen waren zudem einige Fragen drin, die der Arzt nicht drin haben wollte, so bspw. „Hat dir die Klinik mitgeteilt, wie viele Eizellen sie dir entnehmen?" oder „Möchtest du wissen, wohin die Eizellen gehen?" Auf keinen Fall soll ich das fragen, meinte Dr. Perez. Das würde die eh nicht interessieren. Ich frage mich: Was werde ich NICHT herausfinden in dieser Forschung? Und was sagt dies darüber aus, was ich schließlich herausfinde? Und vor allem: Wie mache ich das Nicht-Erfahrene sichtbar?

Dies führte dazu, dass ich dank dem Fragebogen mit Eizellenspenderinnen sprechen konnte. Aber auch der Prozess der Herstellung der Fragebögen war erleuchtend – so wurden mir einige Fragen vom leitenden Arzt als „irrelevant" oder „nicht angemessen" gestrichen. Dies ergab weitere Hinweise darauf, wie Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen konzeptualisiert wurden und welche Thematiken tabuisiert waren.

Tagebuchnotiz, Valencia, 12.2.2018

11.45. Ich sitze im Wartesaal der Reproduktionsklinik CREAVIVA in Valencia, hier werde ich meine Feldforschung durchführen. Ich bin ziemlich gespannt auf den Tag. Aber nun sitze ich zuerst einmal in diesem Wartesaal – wieder einmal. In einem guten Dutzend der Art bin ich seit Beginn der Forschung schon gesessen. Sie sind alle ähnlich, einige mondän, andere etwas einfacher gehalten. Im Hintergrund oft dezente, etwas seichte Popmusik. Geschäftiges Treiben am Empfangstresen, das man durch die weiß mattierte Türe hindurch erahnen kann. Hochglanzhefte. Auf den Tischen liegen Flyer: Es geht um das Aufbewahren der Nabelschnur, um das Einfrieren von Eizellen oder um Präimplantationsdiagnostik – Angebote für Menschen, die vorsorgen möchten. Vor einem Jahr noch haben diese Angebote meine Aufmerksamkeit erregt. Heute fallen sie mir kaum mehr auf. Zu alltäglich sind sie in diesem Setting. Auch die Stimmung in den Wartezimmern erscheint mir in allen Kliniken ähnlich. Verhaltene Gespräche zwischen den Paaren. Wenn Blicke zu anderen, dann nur ganz kurz und mit einem angedeuteten Lächeln. Ich selbst gehöre irgendwie dazu. Es ist, als

würde ich Teil der Schicksalsgemeinschaft. Wen sehen die anderen Patient*innen wohl in mir? Welche Geschichten schreibe ich mit meiner Anwesenheit? Ich schweife ab und denke an ein Gespräch vor meiner Abreise nach Valencia über die Aussage von Muriel Rukeyser: „*The Universe is made of stories, not of atoms*."

Ich werde aus meinen Gedanken herausgerissen und von Susanna in ihr Büro bestellt. Moduswechsel. Nachdem mir Susanna den Ablauf der Spende erklärt hat, kann ich mir das Labor und den Operationssaal anschauen. Die Leute scheinen sich für meine Forschung zu interessieren. Plötzlich klingelt es. Graziella nimmt ab, spricht einige Worte. „Du wirst im Büro des Arztes erwartet." Ich folge ihr ins Büro von Dr. Perez. Vor mir steht ein älterer Mann in weißem Kittel. Er bittet mich Platz zu nehmen. Man hätte ihm mitgeteilt, ich hätte vor, in seiner Klinik zu forschen. Was ich denn genau vorhätte? Er macht sich Notizen zu meinen Aussagen. In welchen Kliniken ich schon gewesen sei? An welcher Universität ich sei? Welches Departement? Die autoritäre und forsche Art des Arztes verwirrt mich. Meine Forschungsfragen erscheinen mir plötzlich irrelevant und unpräzise. Mein Spanisch wird brüchig. Ich fühle förmlich, wie meine Selbstsicherheit schwindet. Gleichzeitig rege ich mich auf. Über die Selbstgefälligkeit des Arztes. Über meine Position als Bittstellerin. Am Schluss teilt mir der Arzt mit, alles sei etwas ‚*ambiguo*' (unklar), er müsse zuerst einmal ein Outline der Forschung sehen und dann würden wir weitersehen. Damit schickt er mich aus seinem Büro, spediert mich geradezu raus aus der Klinik, wo ich mich noch etwas benommen frage, was da jetzt eigentlich gerade passiert ist. Meine Stimmung ist bedrückt. Das emotionale Auf und Ab nimmt mich mit, zehrt an meiner Energie. Später am Abend dann denke ich an die Worte von Rukeyser und versuche mich damit zu besänftigen: Die Geschichte hat ja doch gerade begonnen...

4.3. Stimmen

In diesem Buch kommen verschiedene Akteur*innen zu Wort, jedoch nicht alle gleich häufig. Ich möchte hier vorgängig die Biographien einiger Forschungspartner*innen, welche ich immer wieder zitiere, kurz vorstellen. Die Namen sind Pseudonyme und wo dies sinnvoll war,

habe ich auch einige biographische Parameter verändert, um Rückschlüsse auf die Person zu verhindern.

Elsa (22) lebt mit ihrem Partner und dessen Bruder in der Nähe Valencias. Sie war zur Zeit der Forschung zuerst im Service tätig, danach arbeitslos. Elsa spendet ihre Eizellen alle zwei, drei Monate in verschiedenen Kliniken, seit sie 18 Jahre alt ist. Zur Zeit der Forschung hat sie bereits über 15 Mal gespendet. Sie wurde mit vier Jahren aus Russland adoptiert. Dies dürfen die Kliniken nicht wissen, da Adoptivkinder gemäß Reglement nicht spenden dürfen.

Rosa (23) ist ursprünglich aus dem Baskenland, lebt nun jedoch in Barcelona. Dort studiert sie Fotografie. Rosa hat zwei Mal gespendet. Das erste Mal, um die Miete zu bezahlen und das zweite Mal, um eine Recherche-Reise nach Kurdistan zu finanzieren.

Elea (32) lebt bei ihren Eltern in der Nähe Valencias. Ihre Spendetätigkeit liegt bereits einige Jahre zurück. Mit Anfang 20 hat sie insgesamt sechs Mal gespendet, dies aus einer finanziellen und persönlichen Notsituation heraus. Elea hat eine lange Krankheitsgeschichte, unter anderem genetisch vererbbare Konditionen. Dies konnte zum Zeitpunkt der Spende jedoch noch nicht festgestellt werden, weshalb sie damals zur Spende zugelassen wurde.

Mila (33) lebt mit ihrem Partner Roland und den beiden Kindern in einem ländlich geprägten Kanton in der Ostschweiz. Ihre beiden Kinder kamen mit Hilfe einer Samen- und Eizellenspende aus Spanien zur Welt. Für den zweiten Transfer in einer Klinik in Alicante konnte ich das Paar begleiten. In über 100 Videotagebüchern hat Mila danach ihre ‚reproduktive Reise' dokumentiert.

Linda (42) lebt mit ihrem Partner und ihren beiden Kindern in einer größeren Stadt in der Schweiz. Sie hatte bereits viele vergebliche IVF-Versuche hinter sich, als sie sich für eine Eizellenspende entschied. Die beiden Kinder (5 und 2 Jahre alt) kamen schließlich mit Hilfe einer Eizellenspende aus Spanien zur Welt.

Erika (55) lebt mit ihrem Partner und ihren beiden Kindern (8 und 10 Jahre alt) in einem ländlichen Gebiet in der Schweiz. Erika wurde auf Grund einer Endometriose nicht schwanger. Nach vielen Jahren vergeblicher Inseminationen und IVF-Versuchen in der Schweiz, entschied sich Erika schließlich für eine Eizellenspende in Spanien. Zur gleichen

Zeit wurde bei ihr Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert. Deshalb musste sie den Kinderwunsch noch etwas verschieben und konnte nach erfolgreicher Therapie ein Jahr später den ersten Embryotransfer machen.

Elena (50) ist die Klinikpsychologin von CREAVIVA. Sie arbeitet seit 20 Jahren im Feld der Reproduktionsmedizin.

José Luis (60), zu Beginn noch Dr. Perez für mich, ist der leitende Arzt von CREAVIVA. Seit die Klinik von einem transnationalen Konglomerat aufgekauft wurde, ist er nicht mehr Leiter der Klinik, sondern nur noch für die medizinischen Belange zuständig.

Hectór (50) ist der Klinikmanager von CREAVIVA. Als ausgebildeter Ökonom ist er für das Management der Klinik zuständig. Er kam über eine persönliche IVF-Erfahrung in das Feld der Reproduktionsmedizin und interessiert sich für die ethischen Dimensionen der Reproduktionsmedizin.

Juan (45) ist Genetiker in einer privaten Reprogenetikfirma in der Nähe Valencias. Er ist sowohl in der Forschung tätig wie auch in der Praxis, da seine Firma genetische Trägertests von vielen Reproduktionskliniken auswertet. Juan ist sehr interessiert an den sozialen und ethischen Aspekten der Genetik und ist Mitglied verschiedener nationaler Berufsverbände und Kommissionen.

5. Der Kontext: Multiple Akteur*innen in einem dynamischen Feld

Meine Forschung geht von einer bestimmten Reproduktionsklinik aus. Die Klinik ist der Raum, in dem Eizellenspenderinnen und Samenspender aus Spanien auf Wunscheltern aus anderen europäischen Ländern treffen. Die Klinik ist aber breiter gedacht auch der räumliche Knotenpunkt, bei welchem lokale Gesetzgebungen, (trans)nationale Marktmechanismen, und individuelle Arbeitspraktiken eine spezifische Gegenwart hervorbringen. Klinik ist aber eigentlich ein falscher Begriff, weil er etwas Singuläres suggeriert. Die Klinik ist mehr als das, sie besteht aus multiplen Arbeiter*innen, von der Klinik angestellt oder in Form von outgesourcten externen Anbieter*innen. Sie beinhaltet diverse Arbeitsabläufe und zeigt sich im Zusammenspiel von Technologien, geteilten sozialen Vorstellungen und historisch gewachsenen Normierungen.

In diesem Kapitel soll der räumliche Kontext abgesteckt werden, in welchem sich die hier vorgestellte transnationale Reproduktion abspielt. Im ersten Teil zeige ich Spanien als das europäische Reproduktionseldorado auf. Da es sich hierbei um ein deutschsprachiges Buch handelt, erläutere ich in einem zweiten Schritt kurz die rechtliche Situation in den deutschsprachigen Ländern. Zuletzt zeige ich die Strukturen und Arbeitsbedingungen in der Klinik CREAVIVA auf, in welcher ich meine zehnmonatige Feldforschung durchführte.

5.1. Spanien: Das europäische Reproduktionseldorado

Gemäß den letzten europaweit erhobenen Zahlen über das Jahr 2015 wurden knapp 15% der insgesamt 850'000 europäischen ART-Zyklen in Spanien durchgeführt (de Geyter u.a. 2020, 2). Spanien ist damit europaweit führend was assistierte Reproduktion allgemein und Eizellenspende sowie Reprogenetik im Speziellen anbelangt (de Mouzon u.a. 2010; de Geyter u.a. 2020; Pavone und Arias 2012). Im Jahr 2017 wurden in den über 250 spanischen Kliniken insgesamt rund 140'000 In-Vitro-Zyklen durchgeführt, davon 42'063 mit gespendeten Eizellen, was über ein Viertel der insgesamt durchgeführten Zyklen darstellt (Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017, 35). Die europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin geht davon aus, dass 50% der europäischen Eizellenspende-Arrangements in Spanien stattfinden (ESHRE 2017).

Auch in Bezug auf Reprogenetik ist Spanien europäischer Leader (Pavone und Arias 2012, 237). Im Jahr 2015 etwa wurden in Europa 21'041 genetische Präimplantationsdiagnostiken durchgeführt, 7'045 und somit ein Drittel davon in Spanien (de Geyter u.a. 2020, 11). Wenn die spanische Tageszeitung *El Pais* in einer Headline also verkündete, dass Spanien „europäischer Leader der assistierten Reproduktion" (Rodríguez-Pina 2017) sei, ist dies auch zahlenmäßig gut belegt.

Tagebuchnotiz, Barcelona, 10.4.2017

Es war im April 2013, als Marina und Pedro anfingen, ernsthaft über ihre Zukunft nachzudenken. Die ökonomische Krise, so erzählen sie mir, war der Auslöser für viele Fragen: „Wie soll es weitergehen? Sind unsere Renten noch gesichert? Wie sieht unsere Zukunft aus?" Marina und Pedro realisierten plötzlich, dass die Zeiten sich änderten: Auch wenn man einen guten Job hatte, war es plötzlich denkbar, von einem Tag auf den anderen arbeitslos zu werden. Und mit 50 blieb man dann wohl arbeitslos. So begannen sie sich Gedanken über die Selbstständigkeit zu machen. Eines Abends waren sie bei Bekannten, welche zum Abendessen auch eine Direktorin einer Reproduktionsklinik eingeladen hatten. Der Abend wurde wegweisend für das Paar. Die Gesprächsrunde drehte sich – natürlich – um die Krise. Das Votum der besagten Ärztin legte sodann die Weichen für die Zukunft von Marina und Pedro. Sie meinte nämlich lapidar: „Heute reden alle von urbanen Gärten und Selbstversorgung. Aber hört doch auf eure Tomaten zu pflanzen, sondern bringt mir einfach blonde Frauen mit blauen Augen." So entstand die Idee, eine Vermittlungsagentur zu gründen, welche Eizellenspenderinnen an Kliniken weitervermittelt.

Dabei ist in Spanien eine Technologisierung und Genetisierung der Reproduktionsmedizin zu beobachten (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gabinete de Prensa 2019). Die vielen auf ausländisches Klientel spezialisierten Privatkliniken haben mit ihrem Interesse, ihr Portfolio mit den neuesten genetischen Diagnosetechnologien zu vervollständigen, dazu beigetragen, dass die Reprogenetik mittlerweile integraler Bestandteil der Reproduktionsmedizin ist (Pavone und Arias 2012, 248; Pavone 2010, 123). So durchlaufen Keimzellenspender*innen in Spanien routinemäßig einen genetischen Trägertest, auch die Präimplantationsdiagnostik ist oft Bestandteil von regulären IVF-Verfahren. Diese technologische Vorreiterrolle bringt

einen florierenden Wirtschaftszweig mit sich, dessen Wachstum im Jahr 2016 bei etwa 5% lag – ein beträchtlicher Anstieg in einem Klima der volkswirtschaftlichen Rezession (DBK Informa 2017).

Die Geschichte der Reproduktionsmedizin in Spanien

Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin, so wurde mir von Seiten der Klinikmitarbeitenden immer wieder betont, geht in gigantischen Schritten: Noch vor der Einführung der ersten Gesetzgebung über assistierte Reproduktion 1988 wurde Victoria Anna am 12. Juli 1984 als erstes per IVF gezeugtes Kind in einer Privatklinik in Barcelona, dem *Instituto Dexeus*, geboren (Coroleu Lletget 2011, 80). Dieselbe Klinik konnte vier Jahre später die erste Geburt von per Eizellenspende gezeugten Zwillingen verzeichnen. In den neunziger Jahren folgte das erfolgreiche Anwenden des ICSI-Verfahrens, einer Technologie, bei welcher das Spermium per Mikroinjektion direkt ins Zytoplasma der Eizelle gespritzt wird. 25 Jahre später werden fast 90% aller In-Vitro-Fertilisationen als ICSI-Verfahren durchgeführt (Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017, 5).

Im Jahr 2007, just zu Beginn der spanischen Wirtschaftskrise, wurde dann eine Technologie eingeführt, welche für die Eizellenspende den Beginn einer neuen Ära markierte: Im *Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI)* wurden erstmals vitrifizierte Eizellen transferiert (Coroleu Lletget 2011, 81ff). Diese Veränderung bedeutete, dass Eizellen nun nicht mehr direkt verwertet werden mussten, sondern in Eizellenbanken aufbewahrt werden konnten. Damit verstärkte sich die Marketisierung der Eizellen. Zudem führte auch die weniger starke hormonelle Stimulation bei IVF-Patient*innen dazu, dass weniger überzählige Eizellen generiert wurden. Im Zuge dieser Demedikaliserung erwuchs ein neuer Wirtschaftszweig, nämlich das Geschäft mit den Eizellen von jüngeren Spenderinnen, welche die hormonelle Stimulation nur für die Spende auf sich nahmen.

Mit der Möglichkeit, Keimzellen nicht nur aus dem Körper herauszulösen und In-Vitro zu befruchten, sondern mittels Kryokonservierung auch aufzubewahren und über weite Strecken zu transportieren, wurde die ‚Kapitalisierung von Vitalität' (Rose 2006, 38) weiter verstärkt. Die Gesellschaft hatte damit nämlich immer mehr Kapazitäten „Menschen als Lebewesen zu kontrollieren, zu verwalten, zu gestalten, umzugestalten und zu modulieren" (ebd., 3).

In Bezug auf die Bedeutung der Genetik in Spanien wurde von Vincenzo Pavone aufgezeigt, dass diese vor allem in der Praxis der Reproduktionsmedizin eine wichtige Rolle spielt (2010, 123). Dabei haben vor allem die privaten Kliniken die Herausbildung der Verbindung von Reproduktionsmedizin und Gentechnologie vorangetrieben. Pavone und Arias schreiben diesbezüglich: „[P]rivate Zentren durften Präimplantationsdiagnostik als Teil ihrer IVF-Behandlungen anbieten, was den Kern eines ‚IVF-Tourismus' aus Deutschland, Italien und anderen Ländern bildete, in denen IVF strenger geregelt und Präimplantationsdiagnostik verboten ist" (2012, 248).

Die internationale reproduktive Mobilität hat also die Entwicklung der Reprogenetik in Spanien weiter verstärkt.

Verónica, Embryologin, Valencia, 13.7.2018

Laura: Kannst du mir etwas erklären, wie sich das mit der Eizellenspende in Spanien so entwickelte?

Verónica: Sicher doch. Am Anfang waren die Eizellspenderinnen im Grunde genommen gesunde Patientinnen, die IVF machten, weil ihr Partner ein Reproduktionsproblem hatte. Da sie sehr gut auf die Behandlung ansprachen, hatte man viele Eizellen in Metaphase 2, welche sie selbst niemals alle brauchten. Dann haben sie die einfach gespendet. Das war ziemlich altruistisch. Und es war gut. Dann begann es, dass junge Mädchen kamen. Bei denen machte man alle Arten von Analysen, um zu sehen, ob sie gesund sind. Und das war anders. Heute ist es auch so, dass man die Patientinnen weniger hormonell stimuliert und daher werden auch weniger Eizellen gewonnen, zudem sind die Patientinnen auch älter, die wenigsten sind unter 35 Jahre alt und können deshalb auch nicht spenden.

Laura: Und wann kam diese Änderung?

Verónica: Das kam nach und nach. Als wir in 1998 hier begannen, hatten wir keine Eizellenspenden. So ab 2000/2001 haben die Spenden von unseren eigenen Patientinnen, das heißt von Frauen, welche ein IVF-Verfahren bei uns durchführten und überzählige Eizellen hatten, begonnen. Und ich glaube, so ab 2004/2005 begann das mit der Eizellenspende richtig. Aber der brutale Boom, das war in der Zeit der Wirtschaftskrise. Denn die Spenderinnen wurden ja

im Gegensatz zu den Patientinnen für ihre Unannehmlichkeiten entschädigt. Und nun, in Krisenzeiten ist es schon was, nichts verdienen oder eine Kompensation erhalten, auch wenn es nur wenig Geld ist, das macht einen Unterschied.

Damit diese Bioökonomie sich entfalten konnte, war auch eine passende gesetzliche Grundlage wichtig. Spanien gehörte zu den ersten Ländern weltweit mit einer Gesetzgebung zu assistierter Reproduktion. Im Jahre 1988 wurde das erste Gesetz zu Techniken der Reproduktionsmedizin angenommen (Ley 35/1988). Das Gesetz wurde erstmals 2003 abgeändert (Ley 45/2003) und schließlich 2006 mit der bis heute geltenden *Ley* 14/2006 ersetzt (Ley 14/2006). 2003 wurde das Gesetz primär umgeändert, um den Status der übriggebliebenen Embryonen zu klären. Die Gesetzgebung von 2003 hat damit die Möglichkeit geschaffen, Embryonen unter restriktiven Bedingungen zu Forschungszwecken zu nutzen. Gleichzeitig hat dieses Gesetz aber auch eine Höchstanzahl von Eizellen definiert, welche pro Zyklus generiert werden dürfen. Das Gesetz von 2006 hat diese Maximalzahl an pro Zyklus zu generierenden Eizellen aufgehoben und auch sonst die Liberalisierung weiter vorangetrieben. Dafür wurden neue Bestimmungen über die weitere Zulassung und Anwendung von neuen und experimentellen Technologien im Bereich der Reproduktionstechnologien erlassen. Statt wie vorher eine geschlossene Liste an Techniken im Gesetz festzuhalten, eröffnete diese Abänderung des Gesetzes nun die Möglichkeit, dass die Gesundheitsbehörde über Verordnungen neue Techniken autorisieren konnte. Dies stellt eine direkte gesetzliche Antwort auf die rasante Entwicklung in der Reproduktionsmedizin dar.

Der Blick auf die Gesetze zeigt, dass mit jeder Gesetzesänderung eine weitere Liberalisierung stattfand. Das spanische Gesetz war aber bereits 1988 liberal, da es schon in dieser frühen Phase allen Personen ohne Restriktion in Hinblick auf ihren Zivilstand oder ihre sexuelle Orientierung den Zugang zu Reproduktionstechnologien erlaubte (Abellán 2011, 85ff.). Warum gerade Spanien eine derart liberale Gesetzgebung hat, lässt sich auch mit den politischen Machtverhältnissen erklären, in welchen das erste Gesetz entstanden ist: Nämlich in der noch jungen Demokratie Spaniens unter der Regierung von Felipe González, eines Sozialisten der spanischen Arbeiterpartei PSOE. Diese Zeit nach der langen Diktatur Francisco Francos (1936-1975) brachte auch in gesellschaftlicher Hinsicht eine Öffnung und Modernisierungswelle (Alkorta Idiakez 2006, 355). Die politische Übergangsphase ging dabei einher

mit dem, was in Spanien gemeinhin als *la movida* bezeichnet wird. Damit wird die gesellschaftliche und kulturelle Gegenbewegung beschrieben, welche sich durch eine Zuwendung hin zu liberalen Gesellschaftsmodellen und einer Abgrenzung gegenüber traditionellen Familienmodellen und Katholizismus auszeichnete (Fouce 2009, 144). In dieser Hinsicht war dieses Gesetz ein Kind seiner Zeit und bot eine gute Ausgangslage für einen Wirtschaftszweig, welcher in den folgenden Jahrzehnten ein massives Wachstum sehen sollte.

Die gesetzlichen Grundlagen

Der spanische Reproduktionsmarkt wird heute primär im Gesetz 14/2006 (Ley 14/2006) geregelt.

Im Art. 5, Abs. 3 des Gesetzes 14/2006 wird die Eizellenspende als altruistischer Akt definiert: „Die Spende darf niemals lukrativer oder kommerzieller Natur sein. Jegliche finanzielle Entschädigung darf nur die körperlichen Unannehmlichkeiten und die Reise- und Arbeitsausgaben, die durch die Spende entstehen können, strikt ausgleichen und darf keinen finanziellen Anreiz für die Spende bieten“[20].

Elena, Psychologin, Valencia, 12.7.2018

Also, es ist schon klar, dass die auch aus ökonomischen Motiven heraus spenden. Sehr wenige sagen dir, dass sie die Spende nur aus altruistischen Gründen machen. Aber das Eine schließt das Andere natürlich nicht aus. Viele haben diverse Motive, und die häufigste davon ist, anderen Frauen zu helfen. Viele die Mütter sind beispielsweise denken, dass Kinder haben etwas Wichtiges ist und wollen deshalb kinderlosen Paaren helfen. Andere kennen Leute, welche keine Kinder kriegen können... Das sind wohl die häufigsten Motive, zusammen mit dem ökonomischen.”

Diese finanzielle Kompensation in den Kliniken betrug zur Zeit meiner Forschung zwischen 900 und 1300 Euro pro Spende. Da dieses Geld nicht als Lohn gilt, ist es auch nicht zu versteuern. Im Vergleich dazu: Das durchschnittliche Monatseinkommen für einen Vollzeitjob in Spanien lag im Jahr 2020 bei 1050 Euro pro Monat (Eurostat 2020). Die

20 Die Gesetzesabschnitte wurden von mir ins Deutsche übersetzt. Mein Anspruch war dabei, die Originalversion möglichst wortgetreu zu übersetzen.

Spenderinnen in Spanien sind durchschnittlich 25 Jahre alt (Lucía und Núñez 2015). Dies ist eine Altersgruppe, welche von noch tieferen Löhnen oder auch von Arbeitslosigkeit betroffen ist, was dazu führt, dass die rund 1000 Euro Entschädigung entgegen dem gesetzlich festgelegten Altruismusgebot einen klaren finanziellen Anreiz darstellen (Lafuente-Funes 2020). Der gesetzliche Altruismus der Eizellenspende und die gleichzeitige Vergütung der Unannehmlichkeiten wird von vielen Autor*innen als ein zentrales Merkmal der spanischen Praxis beschrieben (Lafuente-Funes 2020; Rivas, Lores und Jociles 2019; Molas und Bestard 2017; Degli Esposti und Pavone 2019).

Tagebuchnotiz, Valencia, 13.7.2018

Ich bin den ganzen Morgen mit dem Klinikleiter José Luis bei Gesprächen mit Wunscheltern dabei. Nun machen wir eine kurze Pause und schnappen etwas Luft vor der Klinik. Ich spreche ihn darauf an, dass mir aufgefallen ist, dass er, um auf die guten Chancen der Befruchtung bei einer Eizellenspende zu verweisen, immer vom ‚Alter der Eizelle' gesprochen hat und nicht vom ‚Alter der Eizellenspenderin'. „Ja, das hast du gut beobachtet" meint er. Es sei sehr wichtig, nicht vom Alter der Spenderin zu sprechen, um nicht zu personalisieren und die Eltern damit zu verunsichern. Wie ich das fände, ob mir das richtig erschiene? Ich druckse etwas herum und sage etwas von „spannend ist es allemal." Aber eigentlich will ich noch etwas anderes von ihm wissen.

Die Woche vorher war ich per Zufall bei einer Punktion dabei, bei welcher der Spenderin keine einzige Eizelle entnommen werden konnte. Die Mitarbeiter*innen waren ratlos; entweder hatte die Spenderin die Medikation falsch eingesetzt oder aber es war ein seltener Fall eingetreten, bei welchem die Eizellen trotz hormoneller Stimulation nicht richtig reifen. Die involvierten Mitarbeiter*innen waren sich nicht sicher, ob die Spenderin in dieser Situation vergütet werden konnte und wollten die Entscheidung dem Klinikleiter überlassen. Es schien mir ein guter Moment, um den Fall anzusprechen. Deshalb fragte ich José Luis, ob er die Spenderin schließlich bezahlt habe oder nicht. Er schaute mich lange an und meint dann, er bezahle doch keine Spenderin, ich solle ihn besser danach fragen, ob er die Spenderin für die verlorene Zeit vergütet habe. Und ja, natürlich habe er das, er habe ihr Engagement anerkannt, aber bezahlen tue er nie, das sei auch illegal. Für

biologisches Material könne man nicht bezahlen, man könne nur die verlorene Zeit und die mit der Spende verbundenen Unannehmlichkeiten vergüten. Dann lächelt er mich schelmisch an und sagt in vertraulichem, leicht spöttischem Ton: „Weder haben die Spenderinnen ein Alter, noch bezahle ich sie."

In einem weiteren Absatz dieses Gesetzesartikels wird auch jegliche kommerzielle Werbung verboten, welche zur Eizellenspende motivieren könnte. Dieser Grundsatz des Werbeverbotes ist umstritten. Gerade in Werbung auf Social-Media-Plattformen wird der Grundsatz in der Praxis oft unterlaufen (Molas und Whittaker 2021).

Art. 5, Abs. 5 desselben Artikels legt sodann die relative Anonymität der Spende fest, dabei wird die Spende als anonym definiert, jedoch den aus der Spende entstandenen Kindern „das Recht [gegeben], entweder selbst oder durch ihre gesetzlichen Vertreter allgemeine Informationen über die Spender zu erhalten, die nicht ihre Identität beinhalten." Die Praxis in den einzelnen Zentren bezüglich Herausgabe von Daten der Spenderin an aus Spende entstandene Kinder ist jedoch oft viel restriktiver als dies vom Gesetz verlangt wird. Sie tendiert zu einer vollen Anonymität; welche auch bei Volljährigkeit nicht aufgehoben wird (Rivas, Lores und Jociles 2019, 631). Rivas u.a. argumentieren, dass die beiden wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der spanischen Eizellenspende, nämlich ihre Anonymität und Nicht-Kommerzialität, paradoxerweise auch die grundlegenden Merkmale sind für die Aneignung der reproduktiven Arbeit von Spenderinnen. Sie würden es nämlich erlauben, Eizellenempfänger*innen und -spenderinnen voneinander zu entfremden und die wirtschaftlichen Mechanismen mit dem Begriff der Spende zu verschleiern (2019, 639).

Jenny, Eizellenspenderin, Valencia, 25.6.2018

In dieser Klinik dort habe ich sechs Spenden gemacht, eigentlich kann man ja nur sechs machen. Aber na ja, *‚hecha la ley, hecha la trampa*' (Jedes Gesetz hat seine Lücken). Da die Kliniken nichts voneinander wissen, hab ich das halt ein wenig ausgenutzt, weil [...] ich einkaufen muss, das Internet bezahlen muss, den Tabak, alle Laster die wir haben, werden von mir bezahlt. Dann kommt noch dazu, dass ich die Versicherung und all das bezahlen muss. Am Ende ... mein Lohn [...] ist weg, wie nichts.

Pavone und Degli Espositi sprechen dabei auch von einem quasi-sozialen Markt, welcher davon profitiert, dass die Veräußerung der Eizellen als Altruismus und Spende konzeptualisiert werden kann (2019, 7). Diese spanischen Analysen teilen also die Feststellung, welche Waldby und Cooper bereits für den transnationalen Markt gemacht haben, nämlich dass Gabe, Geschenk, Altruismus oder Solidarität im Kontext einer kapitalistischen Bioökonomie vielmehr Möglichkeiten bieten, Spenderinnen ihrer zu Waren transformierten Körperteile zu enteignen (2008, 67).

In Art. 5, Abs. 6 sind schließlich die Mindestkriterien für die Selektion der Spenderinnen festgelegt, so etwa, dass die Spenderinnen eine „gute psychische und physische Gesundheit haben sowie voll handlungsfähig" sein müssen. Dabei muss die Klinik dafür sorgen, dass, „nach dem geltenden Stand der wissenschaftlichen und technischen Kenntnisse, die Spender nicht an genetischen, erblichen oder ansteckenden Krankheiten leiden, die auf ihre Nachkommen übertragen werden können." Dieser Artikel ist insbesondere relevant für die Anwendung der genetischen Trägertests. Gesetzlich sind diese Tests in Spanien nicht vorgeschrieben für die Eizellenspende. Jedoch wurde in meiner Forschung oft auf ebendiesen Absatz im Gesetz verwiesen, um die Trägertests zu legitimieren. Auch in der Verordnung Real Decreto Ley 9/2014 ist festgehalten, dass beim Prozess der Spende „gemäß den geltenden wissenschaftlichen Standards" eine genetische Abklärung der rezessiven Gene gemacht werden kann. Diese Weisungen sind aber kritisch zu betrachten, da „die geltenden wissenschaftlichen Standards" alles andere als einheitlich sind.

In Art. 5, Abs. 7 wird sodann festgelegt, dass pro Spende höchstens sechs Kinder in Spanien entstehen dürfen. Diese Regelung, entstanden vor allem, um allfälligen Inzest von aus anonymen Spenden entstandenen genetischen Verwandten zu verhindern, ist gerade in Hinblick auf die transnationale Dimension der Spende kritisch zu betrachten. Wenn Eizellen in verschiedene Länder verschickt werden, können automatisch auch mehr Eizellen pro Spenderin generiert werden: sechs Lebendgeburten pro Nation nämlich. Zudem führt das Fehlen des in Art. 21 gesetzlich vorgeschriebenen nationalen Registers für Spenderinnen dazu, dass gewisse Spenderinnen mehrere Kliniken aufsuchen, um regelmäßig zu spenden[21].

21 Das Register ist eigentlich seit 1988 gesetzlich vorgeschrieben, war zum Zeitpunkt meiner Forschung (also über dreißig Jahre nach Einführung des Gesetzes) noch nicht im Einsatz, bzw. wurde nur als eine Testversion von einigen Kliniken

In Bezug auf die genetischen Trägertests ist ein weiteres Gesetz, die *Ley* 14/2007 (Ley 14/2007) über die biomedizinische Forschung relevant. Dieses schreibt in Art. 55 genetische Beratungsgespräche vor und nach der Durchführung von genetischen Tests vor. In der klinischen Praxis ist dies bei Eizellenspenderinnen quasi nie der Fall. Das Ziel der Spende ist nicht der Gentest an sich. Dieser ist nur eine der vielen Voraussetzungen, welche Spenderinnen erfüllen müssen. Wie Abulí u.a. bemerken, ergibt dies ganz neue Ausgangslagen für Spenderinnen:

> „Im Allgemeinen sind sie [die Spenderinnen] überrascht, wenn man ihnen sagt, dass sie wahrscheinlich Mutationen haben, die sich nicht auf sie selbst auswirken, die aber in einer zukünftigen Schwangerschaft übertragen werden könnten. Es ist klar, dass sie nicht in die Klinik gekommen sind, um sich über ihr genetisches Reproduktionsrisiko zu informieren" (Abulí u.a. 2016, 522).

Die Praxis der genetischen Trägertests an Spenderinnen ist ein neues Verfahren und gerade die genetischen Beratungsgespräche werden in dieser Konstellation vernachlässigt. Formell wird von den Spenderinnen zwar ein *Informed Consent* unterzeichnet, was aber oft unter ethisch fragwürdigen Bedingungen passiert, wie ich aufzeigen werde.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die spanische Gesetzgebung insgesamt sehr liberal formuliert ist. Dies führt dazu, dass die Administration und Organisation dieser Richtlinien über verschiedene Verordnungen geregelt und so den einzelnen Kliniken überlassen wird. Dies gibt den Kliniken sowie deren institutionalisierten Interessensvertreter*innen eine wichtige Rolle in der Ausgestaltung der Normen, weshalb ich die entsprechenden Institutionen im nächsten Abschnitt genauer beschreibe.

Die Institutionen: Sprachrohr der Privatkliniken?

Um die heute existierenden reproduktionsmedizinischen Institutionen in Spanien einordnen zu können, hilft ein Blick zurück auf die Anfänge der spanischen Reproduktionsmedizin: Bereits im Jahr 1953 wurde die *Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad (SEEE)* gegründet. In

genutzt. Ein erstes nationales Register (SIRHA) wurde im Januar 2020 für alle Kliniken pflichtmäßig eingeführt. Dies könnte in Zukunft zu starken Veränderungen führen, gerade in Bezug auf Vielfachspenderinnen. Bis zum heutigen Stand (November 2021) wurde mir informell jedoch bestätigt, dass das Register auch heute noch nicht in regulärem Betrieb ist.

den siebziger Jahren wurde sie dann zu *Sociedad Española de Fertilidad (SEF)* umbenannt. Die SEF versteht sich als ein Zusammenschluss von Berufsgruppen, welche sich mit Fragen der Reproduktion beschäftigen (Andrologie, Embryologie, Psychologie, Gynäkologie, Krankenpflege). Sie pflegt als solche wissenschaftlichen Austausch auf verschiedenen Ebenen und ist Organisatorin verschiedener Arbeitsgruppen und Konferenzen (Coroleu Lletget 2011, 72 ff.). Die SEF sammelt und koordiniert auch die Daten aus den einzelnen Zentren, publiziert aktuelle Zahlen und Statistiken der Reproduktionsmedizin und koordiniert als zentrales Organ die Stellungnahmen der spanischen Kliniken zu Themen wie Anonymität von Keimzellenspender*innen oder der Anwendung von genetischen Trägertests (Muñoz et al. 2019; Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017; Castilla u.a. 2019). Der Blick auf diese Publikationen zeigt, dass die SEF primär das Sprachrohr der privaten Kliniken ist. So hat sie sich beispielsweise in einer Antwort auf die Positionierung der nationalen spanischen Ethikkommission, welche sich gegen die Anonymität der Spenderinnen einsetzte, in einem Positionspapier für die Anonymität der Spenderinnen stark gemacht (Muñoz u.a. 2019). Neben der Argumentation, dass es kein Anrecht auf Wissen über die eigene Abstammung gibt und die Spenderinnen ein Anrecht auf Bewahrung ihrer Privatsphäre haben, scheint mir die in einem kurzen Absatz unter dem Titel „ökonomischer Wert" geäußerte Bemerkung über die Folgen der Aufhebung der Anonymität überaus bedeutsam:

> „Es ist unbestreitbar, dass die Aufhebung der Anonymität nicht nur die Zahl der Spenderinnen reduzieren würde, sondern der effektiven Spenden ganz allgemein, was sich direkt auf private Zentren für assistierte Reproduktion auswirken würde, mit der daraus resultierenden wirtschaftlichen Katastrophe" (Muñoz u.a. 2019, 20).

Hier wird die Aufrechterhaltung der Anonymität in direkte Verbindung gebracht mit den privaten Zentren, welche zudem als Garanten für eine volkswirtschaftliche Stabilität angesehen werden. Die SEF ist als Zusammenschluss von Berufsgruppen nicht verpflichtet, eine unabhängige Position zu haben. Die klare Positionierung als Sprachrohr von privaten Kliniken unterstreicht jedoch die Wichtigkeit der privaten Akteure im Feld der Reproduktionsmedizin.
In Bezug auf die genetischen Trägertests empfiehlt die SEF heute für alle Keimzellenspender*innen zumindest das Testen der genetischen Marker für Muskoviszidose, spinale Muskelatrophie, vererbbare Gehörlosigkeit und Hämoglobinopathien (wie bspw. Sichelzellenanämie)

sowie für das Fragile-X-Syndrom (Castilla u.a. 2019, 13). Mit letzterer Kondition weicht die spanische Praxis von der europäischen Empfehlung ab, welche das Abklären vom Fragilen-X-Syndrom nicht empfiehlt (Dondorp u.a. 2014, 1355). Auch hier hat die SEF also eine sehr liberale Grundhaltung. Wichtig ist hier zu betonen, dass das Panel der Krankheiten, welche getestet werden, konstant modifiziert wird. Gemäß meinen Informant*innen begannen die ersten Kliniken den genetischen Trägertest um das Jahr 2015 zu implementieren, heute gehört er zu einem Standardprozedere bei IVF-Verfahren. Innerhalb der spanischen Kliniken herrscht kein Konsens, was und wie genau getestet werden soll. Die konkrete Anwendung der genetischen Trägertests in der Praxis der Eizellenspende wird im 10. Kapitel diskutiert. Es lässt sich hier jedoch festhalten, dass sich auch die breite Anwendung der genetischen Trägertests weniger auf gesetzliche Verordnung hin etabliert hat als im Sinne einer sich formierenden, stetig wandelnden Praxis, welche sich durch ein enges Zusammenspiel zwischen Genetikfirmen und privaten Reproduktionskliniken ergab (Pavone 2010).

Das staatliche Aufsichtsorgan über die Reproduktionsmedizin schließlich ist die *Comisión Nacional de reproducción humana asistída (CNRHA).* Die CNRHA, gegründet im Jahr 1997 im Rahmen des *Real Decreto* 415/1997, hat als zentrales Überwachungsorgan die Kriterien in Bezug auf die Keimzellenspenderinnen zu überwachen und hat auch die Implementierung des nationalen Spenderegisters zu verantworten. 2019 hat die Kommission jedoch die SEF damit mandatiert, dieses längst fällige nationale Register (SIRHA) zu erstellen und zu betreiben. Die diversen Positionierungen der CNRH lassen darauf schließen, dass auch diese sehr nah an den Interessen der privaten Kliniken politisiert und eher ein liberales Expert*innengremium als eine unabhängige Kommission darstellt (Pavone und Arias 2012, 243ff.; Pavone 2010, 115).

Die Spezifika von Spanien: Privatkliniken mit Fokus auf reproduktive Mobilität

Während das öffentliche spanische Gesundheitssystem zwar kostenlose Behandlungen[22] und Medikation anbietet, sehen sich aufgrund der langen Wartelisten viele Spanier*innen dazu veranlasst, für eine reproduktive Behandlung den privaten Sektor aufzusuchen (Marre, Román und Guerra 2018, 7). Zudem führen die limitierten Ressourcen im öffentlichen Gesundheitssystem zu unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten. So werden gewisse Technologien wie

22 Die ersten drei IVF-Zyklen werden für Frauen unter 40 Jahren von der staatlichen Gesundheitsversicherung bezahlt.

Präimplantationsdiagnostiken oder Eizellenspende im öffentlichen Bereich nur bedingt oder gar nicht angeboten (Pérez Milán 2011; Pavone 2010, 114). Der Eizellenspendemarkt wird in Spanien also klar von den privaten Anbietern dominiert (Lafuente-Funes 2020; Pavone und Arias 2012). Die Reproduktionsmedizin spielt sich zu 80% in privaten Kliniken ab. Im Jahr 2016 kamen die spanischen Kliniken auf ein Geschäftsvolumen von insgesamt 530 Millionen Euro. Davon wurden 410 Millionen Euro von den Privatkliniken umgesetzt (DBK Informa 2017; Rivas, Lores, und Jociles 2019, 624). Diese Summe lässt sich primär mit der Wichtigkeit der reproduktiven Mobilität erklären, also der Tatsache, dass viele Menschen aus anderen Ländern für eine reproduktionsmedizinische Behandlung nach Spanien reisen oder aber Kliniken ihre Keimzellen in andere Länder verschicken.

Marco, Anästhesist, Valencia, 11.7.2018

Die Reproduktionsmedizin und die plastische Chirurgie ergänzen sich hier in Spanien. Weil beides sind Behandlungen, welche sich primär in den Privatkliniken abspielen. Und weil viele Patientinnen, welche schwanger wurden, danach eine ästhetische Auffrischung brauchen, ergänzen sich diese Disziplinen. Man sieht das relativ häufig. Patientinnen, die hierherkommen, sind oft ältere Frauen. Die wollten nicht früh schwanger werden. Das waren Frauen, die vorher gut zu ihrem Äußeren geschaut haben. [...] Die haben das Leben genossen, ihren Sport, ihr Aussehen. Und dann, wenn die schwanger werden und sehen, wie sich ihre Physionomie völlig verändert, fragen viele von denen auch nach einer Behandlung. Nicht alle machen ästhetische Chirurgie, aber Schönheitsbehandlungen sind schon häufig. Und daher können sich die Disziplinen gut ergänzen. Es gibt da schon Synergien. Das sieht man ja auch an der Fusion gewisser Kliniken mit Schönheitsinstituten.

Die Gründe für reproduktive Mobilität sind wie schon aufgezeigt divers, etwa dass die Hürden für Adoptionen sehr hoch sind, dass es im Ursprungsland legale Restriktionen in Bezug auf ART gibt (bspw. das Verbot der Eizellenspende), dass der Zugang für gewisse Gruppen nicht möglich oder erschwert ist (bspw. für lesbische Paare, es existieren zudem lange Wartelisten im öffentlichen System) oder dass die Kosten im Ursprungsland zu hoch sind (Pennings u.a. 2008; Shenfield u.a. 2010; Martin 2014). Die liberale Gesetzgebung in Spanien, gute Flugverbindungen, angenehme klimatische Bedingungen, Infrastruktur im

Tourismusbereich sowie die Reputation der spanischen Reproduktionsmedizin für deren Professionalität und Mehrsprachigkeit führten aber auch dazu, dass Spanien zum „reproduktiven Paradies" für eine internationale Klientel wurde (Gálvez und García 2015, 249). Der traditionell von Tourismus geprägte Mittelmeerraum beherbergt dabei den größten Anteil der auf reproduktive Mobilität ausgelegten Privatkliniken (Alkorta Idiakez 2006; Pavone und Arias 2012; Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017).

Es lässt sich also hier festhalten, dass die liberale spanische Gesetzgebung den Kliniken viel Entscheidungsfreiraum lässt. Der starke, auf reproduktive Mobilität ausgerichtete private Sektor, welcher auch die Berufsverbände und nationalen Überwachungsorgane dominiert, hat dabei zu einem florierenden und krisenresistenten Wirtschaftszweig beigetragen. Wie sich diese Wirtschaftsbranche heute entwickelt, soll nun am Beispiel des aktuellen spanischen Reproduktionsmarktes aufgezeigt werden.

Die aufgekaufte Klinik: Exemplarisch für den Reproduktionsmarkt

Wie der Anthropologe Sunder Rajan in seinem Buch *„Biocapital"* anhand von Biotech-Firmen in Indien eindrücklich aufgezeigt hat, können Biotechnologien nur verstanden werden „durch die gleichzeitige Analyse des Marktes, in Rahmen dessen sie entstanden sind" (2006, 33). Restrukturierungen sind dabei paradigmatisch für den zunehmend transnationalen Markt der Reproduktionsmedizin. Die aktuellen Marktmechanismen veranschaulichen dabei auf einer weiteren Ebene die in diesem Buch diskutierte Tendenz der Genetisierung der Reproduktionsmedizin.

Tagebuchnotiz, Valencia, 12.2.2018

Heute ist mein erstes Gespräch in der Klinik, in welcher ich in den nächsten Monaten meine Feldforschung durchführen werde. Gegen Schluss unseres Gesprächs kommt der Manager fast beiläufig darauf zu sprechen, dass die Klinik erst vor Kurzem aufgekauft wurde. Wahrscheinlich, so erklärt mir der Manager, werden sie in Zukunft die Gentests in einem Labor in einem anderen Teil Europas machen und nicht mehr in Valencia. Auf meine Frage, was der Wechsel für das Personal bedeutet, meint er: „Eigentlich nichts, alles geht weiter wie vorher." Außer, so das Detail, welches er noch anfügt, dass ein Wechsel in der Klinikleitung eingeführt wurde.

Statt wie bisher zwei Ärzte als Leiter der Klinik, seien nun er als Manager sowie ein anderer ausgebildeter Ökonom als CEOs der Klinik eingesetzt worden. Somit könnten sich die Ärzte auf ihre Hauptaufgaben in der Klinik konzentrieren. Nun hieße es „in Richtung Europa zu schauen." Na, da komme ich ja gerade richtig, denke ich mir.

Der spanische Markt ist beispielhaft für globale Markttendenzen: Während noch vor einem Jahrzehnt IVF-Kliniken eher lokale, oft von Reproduktionsmediziner*innen geführte Einzelplayer waren, zeichnet sich heute ein anderes Bild ab: Internationale Investor*innen steigen in das Geschäft mit dem Kinderwunsch ein (Muñoz 2020). Das ist mit Blick auf die Zahlen nachvollziehbar. So schätzte das Marktforschungsinstitut Data Bridge im Jahr 2019, dass der globale Reproduktionsmarkt jährlich um 9,25% wachsen wird und so im Jahr 2026 bei 41,4 Milliarden Dollar Jahresumsatz liegen wird (Data Bridge 2019). Im Zuge dieser Veränderung geht die Tendenz hin zu transnationalen Klinikkonsortien, welche über den Verbund mit starken Finanzpartner*innen über das nötige Kapital verfügen, diese kostenintensiven Bereiche zu finanzieren (Hecking 2019). Gerade alternative Investmentfirmen, welche über ein enormes Finanzkapital von privaten Investor*innen, aber auch von Pensionskassen verfügen, haben nach der ökonomischen Krise 2008 großen Aufschwung erhalten. Da die traditionellen Investments durch tiefe Zinsen kaum noch rentabel sind, konzentrieren sich diese Firmen auf *Private Equity*, also die Kapitalbeteiligung an nicht börsennotierten Unternehmen mit dem Ziel, diese rentabel umzustrukturieren und dann mit hoher Rendite wieder zu verkaufen. Dabei, so eine Wirtschaftsjournalistin, sei gerade die Kinderwunschbranche trotz der hohen Investitionskosten ein relativ krisensicheres Geschäft, „gehört der Wunsch nach Kindern bei vielen doch zum Existenziellsten im Leben" (Hecking 2019).

Der spanische Markt der Reproduktionsmedizin ist Teil einer kapitalistischen Wirtschaftslogik. Die liberale Gesetzgebung ergibt zusammen mit einem dynamischen Markt eine ideale Ausgangslage für (internationale) Investor*innen, welche über Restrukturierungen, Optimierungen und Relokalisierungen von Kliniken ihr Kapital vermehren. Dass sich der spanische Markt so entwickeln konnte, hat aber auch mit der restriktiven Legislation in anderen Ländern zu tun, was zu einer großen Nachfrage nach reproduktiven Leistungen führte, dort wo dies eben

gesetzlich möglich ist. So ist Spanien etwa für den deutschsprachigen Raum eine der wichtigsten Destinationen für reproduktive Mobilität.

5.2. Deutschsprachiger Kontext

Während Spanien wie aufgezeigt die Eizellenspende längst legalisiert hat, sieht die Situation im deutschsprachigen Raum[23] anders aus. Die Schweiz und Deutschland sind zwei der letzten Staaten in Europa, in welchen die Eizellenspende bis dato verboten ist. In Österreich wurde die Eizellenspende erst 2015 aufgrund einer Entscheidung des europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) im Jahr 2011 eingeführt. Dieser entschied, dass zwar ein Verbot der Eizellenspende nicht rechtswidrig sei, jedoch auch die Handhabung der meisten der 47 Mitgliedstaaten rechtmäßig sei, welche die Eizellenspende in ihren Gebieten legalisierten. Darauf schloss Österreich sich der Mehrheit an (Speichert 2021, 13). Im Folgenden sollen die Situationen in den deutschsprachigen Ländern kurz aufgezeigt werden, um dadurch auch die Wichtigkeit des spanischen Marktes für diese Länder zu betonen.

In Österreich ist die Eizellenspende sowie die Präimplantationsdiagnostik seit der Einführung des neuen Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) 2015 gesetzlich erlaubt. Die Eizellenspende ist jedoch nicht anonym, das heißt jedes Kind hat ab einem Alter von 14 Jahren das Recht, die Identität der Spenderin zu erfahren. Empfänger*innen dürfen maximal 45 Jahre alt sein und müssen in einer Partnerschaft leben. Alleinstehenden Personen wird die Eizellenspende verwehrt. Eizellenspenderinnen dürfen maximal 30 Jahre alt sein und dürfen keine Aufwandsentschädigung erhalten (Merckens 2015). Auch in Österreich werden die Spenderinnen auf genetische und Infektionskrankheiten getestet (2021, Website TFP).

In der Schweiz wird die Eizellenspende im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) geregelt, welches seit 2001 in Kraft ist und 2017 revidiert wurde. Mit der Revision ist nun Präimplantationsdiagnostik erlaubt, jedoch bleibt die Eizellenspende verboten (de Geyter 2021, 156-159). In einer Auftragsstudie fürs Bundesamt für Gesundheit wurde aufgezeigt, dass im Jahr 2019 rund 500 Menschen reproduktive Leistungen im Ausland bezogen haben, 80% davon gingen ins Ausland für die Eizellenspende (Siegl u.a. 2021, 31). Spanien stellt dabei die häufigste

23 Ich danke Mia Gurtner an dieser Stelle für ihre Recherche für den deutschsprachigen Teil.

Zieldestination dar. Diese Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten: Die Dunkelziffer dürfte um einiges höher sein, denn eine quantitative Erhebung ist in diesem stark tabuisierten Feld eine sehr schwierige Angelegenheit. In der Schweiz ist die Spermaspende erlaubt, bis vor kurzem jedoch nur für verheiratete heterosexuelle Paare. Mit der Annahme der *Ehe für Alle* im Jahr 2021 änderte sich dies: Nun haben auch (verheiratete) gleichgeschlechtliche Paare Anrecht auf die Spermaspende. Wie zu erwarten war, hatte diese längst fällige Gesetzesänderung aber auch der Forderung nach der Legalisierung der Eizellenspende Vorschub geleistet. Am Tag nach Annahme der *Ehe für Alle* wurde von gewissen Kreisen medial bereits die Legalisierung der Eizellenspende (und gar der Leihmutterschaft) gefordert. Eine parlamentarische Initiative zur Legalisierung der Eizellenspende in der Schweiz wurde im März 2021 von der grünliberalen Parlamentarierin Katja Christ (welche auch Stiftungsrätin von GenSuisse ist, einer Lobbyorganisation für Life Sciences und Gentechnologie) eingereicht (Christ 2021,). Eine erneute Diskussion und Volksabstimmung ist in den nächsten Jahren zu erwarten. Ob dies jedoch die Nachfrage nach spanischen Eizellenspenden verringern würde, ist unklar: Einerseits, weil in der Schweiz zu erwarten ist, dass die Spende nicht anonym sein wird. Gerade die Anonymität wird jedoch oft auch als Grund genannt, warum Menschen aus Ländern nach Spanien reisen, in deren Heimatland die Spende zwar erlaubt ist, jedoch nur nicht-anonym (Pennings u.a. 2008). Zudem ist zu erwarten dass sich in der Schweiz zu wenige Frauen finden würden, welche im Rahmen einer Aufwandsentschädigung ihre Eizellen spenden würden (zu erwarten wäre auch in der Schweiz ein Modell der ‚altruistischen' Spende mit Aufwandsentschädigung wie in Spanien). Hingegen wäre es gut möglich, dass auch die Legalisierung einen weiteren potenziellen Markt für Spanien eröffnen würde: Nämlich den für den Export von Eizellen und Embryonen, so wie dies in Spanien schon routinemässig mit Italien[24] durchgeführt wird.

In Deutschland sieht die aktuelle rechtliche Situation sehr ähnlich wie in der Schweiz aus. Seit dem 1991 eingeführten Embryonenschutzgesetz (ESchG) ist die Eizellenspende offiziell verboten. Die Eizellenspenderin sowie die Empfänger*in machen sich hierbei zwar nicht strafbar, jedoch droht der Ärzteschaft bei einer Durchführung einer Eizellenspende eine Geldstrafe oder eine Haftstrafe von bis zu drei Jahren (Hagl 2019).

24 In Italien ist die Eizellenspende seit 2014 unter sehr restriktiven Bedingungen erlaubt, jedoch führt die strikte Unentgeltlichkeit dazu, dass kaum Spenderinnen gefunden werden. Etabliert hat sich jedoch ein reger Markt für die Eizellenbanken aus Spanien, welche die italienischen Kliniken mit Eizellen und Embryonen aus Spanien beliefern.

Im Gegensatz zur Eizellenspende ist die Embryonenspende gesetzlich erlaubt. Trotzdem gehen viele ungewollt kinderlose Frauen ins Ausland, um dort eine Eizellenspende zu erhalten (Speichert 2021, 2). Auch die Spermaspende ist in Deutschland zugelassen. Als der EGMR 2011 entschied, dass in dieser Hinsicht keine logischen Gründe für die rechtliche Unterscheidung von der Eizellenspende zur Samenspende bestand, begann auch in Deutschland eine Debatte um die Erneuerung des mittlerweile dreißig Jahre alten ESchG (Speichert 2021, 11). Zuletzt gab es im Januar 2021 eine Anhörung der FDP-Fraktion zu einem neuen Gesetzesentwurf zur Änderung des ESchG und der Legalisierung der Eizellenspende im Bundestag. In diesem Prozess wurde auch auf die Gefahr der Kommerzialisierung der Eizellenspende hingewiesen, sowie auf das gesundheitliche Risiko, dem eine Spenderin ausgesetzt wird (Ärzteblatt 2021).

Die hier vorgestellten restriktiven Gesetzgebungen führen dazu, dass viele Menschen aus diesen Ländern sich ihren Kinderwunsch im Ausland erfüllen. Spanien und spezifisch die Mittelmeerküste ist hier, mit der bereits existierenden Tourismusinfrastruktur und Flugverbindungen, eine ideale Destination. Wie aufgezeigt ist aber auch mit Legalisierung der Eizellenspende in diesen Ländern nicht mit einer Abnahme der Nachfrage für Spanien zu rechnen. Vielmehr ist zu erwarten, dass sich neue Geschäftsmodelle entwickeln, wie etwa der Export von Eizellen und Embryonen. Im Folgenden soll nun aufgezeigt werden, in welchem Raum sich diese transnationalen Verflechtungen schließlich abspielen: Nämlich in einer konkreten Reproduktionsklinik.

5.3. CREAVIVA: Zentrale Akteur*innen und Prozesse

In einer Reproduktionsklinik bewegen sich multiple Akteur*innen in einer fragmentierten Arbeitswelt.[25] Das einzig Beständige, so schien mir oft, ist die Unbeständigkeit. Damit ist die Reproduktionsklinik auch eingeschrieben in die Logiken, welche Boltanski und Chiapello als den *neuen Geist des Kapitalismus* (2003 (1999)) beschrieben haben. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass im Gegensatz zu fordistischen Arbeitsbedingungen nun individuelle Selbstverwirklichung, Dynamik, Flexibilität und Kreativität die Arbeitsbedingungen definieren (Boltanski und Chiapello 2003). Die Klinik, in welcher ich forschte, ich

25 Die folgenden Beschriebe basieren auf den ethnographischen Beobachtungen, Tagebuchnotizen und Interviews während meiner Zeit in der Klinik in Valencia (Februar bis Dezember 2018).

nenne sie hier CREAVIVA, war geprägt von sich rasch wandelnden Arbeitsbedingungen wie auch einer hohen Fluktuation in der Arbeitswelt. In den zehn Monaten, welche ich in der Klinik verbrachte, ging eine Ärztin zu einer anderen Klinik und ein neuer Arzt kam dazu. Eine neue administrative Kraft kam, zwei andere gingen. Eine Biologin wurde entlassen.

Der ökonomische Kontext ist, wie aufgezeigt, geprägt von internationalen Investor*innen und einem rasanten Wandel in den Klinikstrukturen, weg von einzelnen Kliniken hin zu größeren Klinikkonsortien. Aber auch das medizinische Wissen wandelte sich enorm schnell: In jedem Monat meiner Anwesenheit wurden neue Erkenntnisse diskutiert, der Einsatz von neuen Medikamenten debattiert, die Protokolle angepasst, persönliche Positionierungen in Bezug auf bestimmte Techniken dem aktuellsten Wissensstand angepasst. Die Positionen zu diesem Wissen wandelten sich – je nachdem, wer welche Konferenzen besuchte oder mit welchen Genetiker*innen gerade gearbeitet wurde. Multiplizität, Flexibilität und Dynamik definierten also die Arbeitsorganisation wie auch die Wissensstruktur der von mir untersuchten Reproduktionsklinik.

Tagebuchnotiz, Valencia, 22.11.2018

Es ist der letzte Tag meiner Feldforschung. Am Schluss schaue ich noch einmal bei Hectór vorbei, dem CEO der Klinik. Bei einem Kaffee sprechen wir über meine Erfahrungen und ich gebe einige meiner Bedenken preis, vor allem in Hinblick auf die Spenderinnen. Hectór scheint offen für meine kritischen Rückmeldungen. Zuletzt bedanke ich mich noch einmal dafür, dass mir die Türen geöffnet wurden und ich so lange hier am Klinikalltag teilnehmen durfte. Als ich Hectór sage, dass ich in einigen Monaten – nach meinem Mutterschaftsurlaub und nach einer ersten Analyse der Daten – mit einem Bericht für die Klinik zurückkommen werde, lacht er laut auf. „Laura, in einem Jahr sieht hier ALLES anders aus, ich brauche deine Rückmeldungen jetzt, wir sind mitten in der Restrukturierungsphase. Am besten schickst du mir gleich in den nächsten Tagen eine Mail mit deinen Empfehlungen. Das würde mich schon sehr interessieren."

Grundsätzlich – und dies unterscheidet die Klinik von den Prozessen des *neuen Geistes des Kapitalismus* – bestand aber auch eine hierarchische Organisation, es gab nicht viel Kontakt zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die einzelnen Arbeiter*innen hatten nicht viel mitzureden: Es gab keine offiziellen Meetings, und der einzige Ort, an welchem die verschiedenen Berufsgruppen zusammenkamen, war der Pausenraum. Die Arbeitsabläufe in der Klinik waren dabei sehr durchstrukturiert aber auch sehr fragmentiert: Alle wussten, was sie zu tun hatten, und machten ihre Arbeit. Verbindungen zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen gab es kaum. In diesem Sinne gingen die einzelnen Akteur*innen den ihnen aufgetragenen Aufgaben nach, ohne dabei eine Verantwortung für das gesamte System zu übernehmen, man könnte auch von einer Art Verantwortungsdiffusion sprechen.

Die Klinik, in welcher ich forschte, war ein mittelgroßes Unternehmen. Kurz vor meiner Ankunft wurde die Klinik von einem größeren Klinikkonsortium aufgekauft und befand sich somit mitten in der Restrukturierungsphase.

Tagebuchnotiz, Valencia, 2.5.2018

Heute begleite ich Livia, eine Gynäkologin, welche seit Längerem in der Klinik arbeitet, in ihrem Arbeitsalltag. In einer Pause frage ich sie, ob sie eigentlich gerne hier arbeiten würde. Sie meint: „Die Reproduktionsmedizin gefällt mir, aber die Spenderinnen sind etwas langweilig, wie du ja jetzt siehst … In der Reproduktionsmedizin wollen wir Frauen zu einer Schwangerschaft verhelfen, hier geht es aber immer nur darum, Follikel zu suchen und abzusaugen." Die Ärztin meint zudem, dass die Tendenz der Klinik klar sei: Bald sei dies hier eine reine Eizellenbank und gar keine richtige IVF-Klinik mehr. Schon ein paar Tage vorher habe ich einen anderen Arzt begleitet, welcher mir Ähnliches erzählte. Verwundert fragte mich dieser sogar, warum ich mich eigentlich für seine Arbeit hier interessieren würde, das wäre doch total langweilig und repetitiv, immer die gleichen *chicas*. Ich kann es schon verstehen, tatsächlich sind auch für mich als Beobachterin die Abklärungen der Spenderinnen mit der Zeit eine Routine, schließlich kommen alle für die genau gleiche Prozedur, die selteneren Abklärungen der Kinderwunschpaare hingegen bieten jedes Mal eine neue Ausgangslage.

Bei der Ärzteschaft gab es sowohl Gynäkolog*innen als auch einen Anästhesisten. Die Gynäkolog*innen hatten primär zwei Aufgaben: Die seltenere Arbeit mit den Patient*innen sowie die weitaus häufigere Beschäftigung mit Eizellenspenderinnen, ferner auch mit Samenspendern (obwohl diese viel seltener war, da die Klinik mit einer externen Samenbank zusammenarbeitete). Die Arbeit mit den Eizellenspenderinnen wurde als langweilig beschrieben, repetitiv, es seien immer wieder die gleichen Abläufe, nichts Neues. Die Arbeit mit den Empfänger*innen hingegen wurde als viel befriedigender wahrgenommen; es ging hier darum, individuelle Lösungen zu finden für verschiedenste Problematiken. Ähnliche Bedingungen waren auch bei der Klinikpsychologin zu verzeichnen. Diese war primär da, um Eizellenspenderinnen abzuklären beziehungsweise zu selektionieren.

Während die Eizellenspenderinnen über klar vorgegebene Abläufe abgearbeitet wurden (Begrüßung, standardisiertes Testverfahren, Gespräch), ging es bei den selteneren Treffen mit den Wunscheltern um ein individuelles Programm, um diese im Prozess des IVF-Verfahrens zu begleiten. In diesem Sinne war die Arbeit mit den Eizellenspenderinnen viel stärker in einer Logik fordistischer Fabrikarbeit, also einem Abarbeiten standardisierter Abläufe, eingeschrieben. Eizellenspenderinnen wurden darin zu einer kollektiven, homogenen Masse. Das Individuum verschwand hinter seiner primären Rolle als Eizellenspenderin. Die Arbeit mit den Eizellenempfänger*innen ist im Gegensatz dazu viel näher am heutigen Ideal der Arbeitsbedingungen, welche sich durch Dynamik, Flexibilität und Kreativität auszeichnen.

Das Labor war der Ort der Embryolog*innen. Sie verstanden sich als das Herz der Klinik. Dabei hatten sie verschiedenste Arbeitsabläufe:

Bei den Punktionen mussten sie Eizellen einfrieren; oft kontrollierten sie die Weiterentwicklung der Embryonen im sogenannten *Embryoscope*, in welchem die Embryonen bis zum Transfer per Video überwacht wurden. Vor den Eingriffen erklärten die Embryolog*innen den Eizellenempfänger*innen den genauen Ablauf sowie die Qualität der Embryonen. Eine Embryologin teilte zudem an den Nachmittagen noch die Eizellenspenderinnen den konkreten Empfängerinnen zu.

Weiter gab es in den Kliniken viele Pflegerinnen. Diese managten einerseits die verschiedenen Übergänge, assistieren bei Punktionen, machten Blutentnahmen, kümmerten sich um die Zeit nach den Operationen etc. Die Pflegerinnen hatten dabei die wohl engste Beziehung zu

Tagebuchnotiz, Kommentar eines Arztes, Valencia, 1.5.2018

Also ganz ehrlich, ich mag die Reproduktionsmedizin ja, aber die Spenderinnen sind echt etwas langweilig, weil was wir in der Repro machen wollen ist eine Frau schwanger zu machen, und was wir hier tun ist Follikel suchen und absaugen.

den Eizellenspenderinnen. Sie waren auch die Berufsgruppe, welche am meisten mit den diversen anderen Berufsgruppen interagierte, stellten sie doch gewissermaßen das Bindeglied zwischen den verschiedenen Bereichen dar: Sie waren im Labor wie auch bei den ärztlichen Kontrollen dabei und begleiteten die Spenderinnen wie auch die Empfänger*innen durch die verschiedenen Prozesse.

Das Management setzte sich zusammen aus einem CEO, einem Anwalt sowie einem Informatikexperten. Wie anfangs beschrieben war diese neue betriebswirtschaftliche Leitung erst ein Resultat des Verkaufs der Klinik. Vorher wurde diese von zwei Ärzten geleitet. Im Zuge dieser Neuorientierung fand auch eine Restrukturierung der Arbeitsprozesse statt. Die Arbeitsabläufe, welche medizinische Aspekte betreffen, wurden dabei stark getrennt von solchen in Zusammenhang mit finanziellen Aspekten.

Die Administration schließlich setzte sich zusammen aus dem Personal beim Empfang, welches die Daten koordinierte sowie die Auszahlungen an die Spenderinnen vornahm. Schließlich gab es zwei Personen, welche zuständig waren für den Kontakt zur internationalen Klientel sowie eine Person, welche die zweiwöchentlich stattfindenden Sendungen von Eizellen ins Ausland koordinierte.

Tagebuchnotiz, Valencia, 14.7.2018

Ich verbringe den Tag mit dem leitenden Arzt. Am Vormittag kommen der CEO und die Mitarbeiterin für die internationalen Patient*innen vorbei. Aus der Besprechung über einen bestimmten Fall einer Patientin ergibt sich schließlich eine rege Diskussion über die Trennung von ökonomischen und medizinischen Belangen. Der leitende Arzt moniert, dass es nicht an ihm sei, mit den Patient*innen über das Geld zu sprechen, das müsse im administrativen Teil abgewickelt werden, das würde sonst die Patient*innen verunsichern, wenn er als Arzt über solche Dinge reden müsse.

Ferner waren weitere Akteur*innen involviert: Eine Marketingfirma, eine Reinigungskraft, ein Fahrer, welcher alle zwei Wochen ins europäische Ausland fuhr, um Eizellen und Embryonen zu liefern, sowie eine externe Genetikfirma, welche die genetischen Trägertests, seltener auch Präimplantationsdiagnostiken durchführte. Schließlich gibt es in der Reproduktionsklinik natürlich Eizellenspenderinnen und Menschen mit Kinderwunsch.

In einer vom Bioethiker Guido Pennings geleiteten Studie zu Eizellenspenderinnen in Europa wird das Spenderinnenprofil in Spanien beschrieben als „junge Frau, die wahrscheinlich nicht Vollzeit arbeitet, alleinstehend oder geschieden ist, keine Kinder hat und welche mehrfach spendet" (Pennings u.a. 2014, 1084). Pennings und sein Team schließen mit der Feststellung, dass die spanische Spenderin typischerweise aus einer Mischung aus altruistischen und finanziellen Gründen spendet. Obwohl das Forschungsdesign der Studie von Pennings kritisch zu hinterfragen ist – die Spenderinnen wurden über die Kliniken kontaktiert, gewisse Fragen wie diejenige nach der Motivation für die Spende können kaum über Fragebögen abgefragt werden – bestätigen seine Resultate das Profil der Spenderinnen, welches ich auch in meiner Forschung vorgefunden habe. Die Spenderinnen waren mehrheitlich unter 25, viele prekär beschäftigt und die meisten davon Mehrfachspenderinnen. Dies bestätigte sich auch in der Umfrage, welche ich mit 30 Spenderinnen bei CREAVIVA durchgeführt habe und bei welcher mehr als die Hälfte der Befragten angaben, weniger als 700 Euro zu verdienen (Abbildung 1).

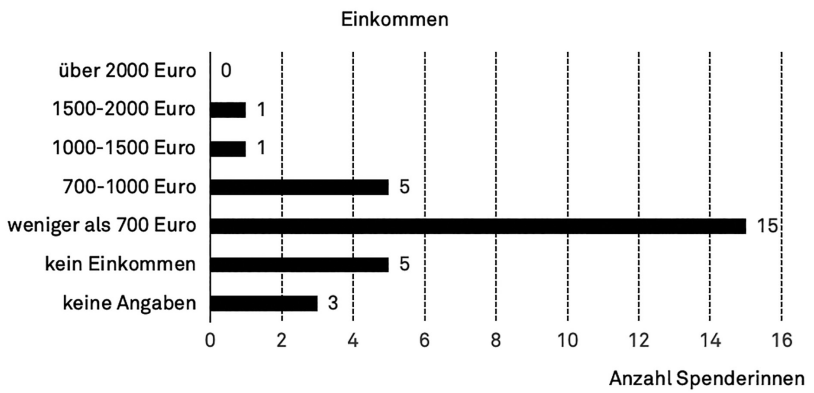


Abbildung 1 Einkommen Spenderinnen (n=30)

Immer wieder wurde mir auch von Klinikpersonal bestätigt, dass es primär zwei Gruppen von Spenderinnen gibt. Das eine sind Student*innen, welche ein oder zweimal spenden, um einen temporären finanziellen Engpass zu überbrücken. Die weitaus präsentere Gruppe sind im Gastgewerbe oder im Reinigungssektor beschäftigte junge Frauen, entgegen der Studienergebnissen von Pennings oft alleinerziehende Mütter, welche die Eizellenspende routinemäßig machen und für welche die Spende einen Ersatzerwerb darstellt. Das extremste Beispiel für die Mehrfachspende stellt die Biographie von Elsa dar, welche seit Jahren alle zwei, drei Monate spendet und bisher bereits über 15 Mal gespendet hat.

Eizellenempfänger*innen sah ich bei CREAVIVA nur selten. Wenn dann waren es neben den spanischen primär italienische oder holländische Paare, welche für die Spende nach Valencia reisten. Sozioökonomische Daten konnte ich bei den Paaren leider nicht erheben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Klinik spezifische Akteur*innen auf die Bedingungen einer nationalen Gesetzgebung und die Logiken einer transnationalen Bioökonomie treffen. Dies ist der primäre Kontext, in welchem die in diesem Buch thematisierten Prozesse der Vor- und Herstellung des ‚gesunden' Kindes stattfinden.

Die spanische Eizellenspende in Bildern

Fotostrecke

6. Fotostrecke

Die folgenden Fotos sind von Tamara Sánchez Pérez, einer Fotografin aus Valencia, mit welcher ich zur Zeit meiner Feldforschung (2018) das Fotoreportage-Projekt *In/Visibles* durchführte.

Aber beginnen wir von vorn: Meine Feldforschung in Valencia war nicht nur ein berufliches Unterfangen, sondern hatte Implikationen für die gesamte Familie. Als ich im Sommer 2017 verschiedene Kliniken in diversen Städten Spaniens inspizierte, ging es auch darum, einen Ort zu finden, in welchem mein Partner und unsere beiden Kinder ein Jahr lang verweilen werden. In Valencia hatte ich gleich doppelten Erfolg: Ich fand die Klinik CREAVIVA, welche mir für längere Zeit Zugang zu ihrem Alltag gewähren wollte, und ich fand die *Casita de la Huerta*, ein freies Erziehungsprojekt in einer besetzten Finca am Rande Valencias. Während ich meine Tage in Valencia primär bei CREAVIVA verbrachte, und dort den psychologischen Abklärungen, Ultraschallen, Fertilisierungen und Punktionen beiwohnte, waren mein Partner und die Kinder in der *Casita de la Huerta* und erprobten dort eine Zeit des experimentellen Zusammenkommens von Groß und Klein im Rahmen einer an Ferrer und anderen anarchistischen Pädagogiken angelehnten selbstverwalteten ‚Schule'. Im Rahmen dieses Projektes lernte ich auch Tamara kennen, welche mit ihrer Tochter Teil der *Casita* war. Tamara ist Fotografin und hat sich früh dafür interessiert, ihre Profession mit sozialem und politischem Engagement zu verbinden. So ist etwa in einer längeren Reise in Lateinamerika ein Fotoprojekt zu den Zapatistas entstanden. Zurück in Spanien und nun Mutter suchte Tamara eine Möglichkeit, von ihrem Beruf und ihrer Passion zu leben; ein Unterfangen, welches in einem Land mitten in der ökonomischen Krise nicht einfach war. So begann Tamara sich als Hochzeitsfotografin selbstständig zu machen. Auch hier war ihr Ansatz dokumentarisch und engagiert. Als ich Tamara von meinem Forschungsprojekt erzählte war sie auf Anhieb begeistert vom Thema. Bereits als Studentin in Salamanca seien ihr die Werbungen der Kliniken aufgefallen und sie hätte tatsächlich schon selbst einmal darüber nachgedacht, ihre Eizellen zu spenden. Meinerseits war ich begeistert von Tamaras Sensibilität und ihrer Fähigkeit, Stimmungen und Orte über Bilder fassbar zu machen. Dank einem finanziellen Beitrag aus einem ‚*Branco Weiss Fellowship*' meiner damaligen Doktoratsbetreuuerin konnte ich Tamara mit einer fotografischen Dokumentation meiner Feldforschung beauftragen. Diese Dokumentation sollte einerseits dieses Buch mit einer visuellen

Komponente erweitern, andererseits auch in einer Ausstellung münden. Im Folgenden erklärt Tamara ihre Motivation und Erfahrungen im Projekt in einem kurzen schriftlichen Interview.

Laura: Tamara, was war deine ursprüngliche Motivation, bei diesem Projekt mitzumachen?

Tamara: Mit meiner Fotografie möchte ich soziale Themen ansprechen und verschiedene Realitäten dokumentieren, ich sehe meine Arbeit als eine Art visuelle Forschung. Als du mich gebeten hast, an der Dokumentation deiner Arbeit teilzunehmen, war für mich klar, dass ich dabei sein wollte. Dieser Auftrag war auch eine Motivation, um mich wieder mit sozialen Reportagen zu beschäftigen, da ich diesen Bereich aufgrund meiner Mutterschaft vernachlässigt hatte. Die Arbeit war für mich persönlich sehr bereichernd, und ich hoffe, dass sie es auch für andere sein wird. Ich war selbst eine junge Studentin, die Schwierigkeiten hatte, ihr Studium zu finanzieren, und ich erwog, Eizellen zu spenden. Die Realität dahinter kennenzulernen, die Thematik aus allen Perspektiven zu sehen: nicht nur das Glück, welches die Eizellenspende einer Familie mit Kinderwunsch bringen kann, sondern auch die Zusammenhänge der Frauen, die spenden, hat mir geholfen, eine klarere Perspektive zu haben.

Laura: Und was hat dich am meisten beeindruckt in dieser Welt der Eizellenspende?

Tamara: Eines der Dinge, die mich am meisten beeindruckt haben, war die Begegnung mit den Spenderinnen. Die Tatsache, dass es sich um sehr unterschiedliche Menschen handelte, mit sehr unterschiedlichen Lebensauffassungen, mit sehr unterschiedlichen Lebensumständen, die aber alle durch dasselbe verbunden waren: Prekarität. Und diese Prekarität ist in vielen Bereichen ihres Lebens präsent: In den Arbeitsbedingungen, dem Wohnen, der Mutterschaft … und sie erreicht in diesem Fall eben auch ihre Körper. Eine Spenderin hat mich wirklich schockiert, als sie mir erzählte, dass sie etwa 20 Mal gespendet hatte und sich darüber keine Gedanken machte. Diese Person wandte sehr invasive Techniken an ihrem Körper an, und zwar um ihre Rechnungen zu bezahlen … Das fand ich schrecklich.

Laura: Wo siehst du das erweiternde Potenzial deiner Bilder?

Tamara: Ich denke, der visuelle Teil dieser Arbeit ist wichtig, weil er die darin vorkommende Akteur*innen auf eine Art ‚menschlicher' und nahbarer macht. Sie sind eben nicht nur genetisches Material, sondern es sind Frauen mit ihrem Leben, ihren Ängsten, ihren Träumen usw. Ihre Unsichtbarmachung trägt dazu bei, Hierarchien zu markieren, in denen die Empfängerin einen Status hat und die Spenderin nicht existiert. Ich bin nicht per se gegen Eizellspenden ... aber ich denke, es ist wichtig, die Rolle der Spenderin aufzuwerten. Außerdem fand ich es sehr interessant, eine Klinik, das Labor, die Räumlichkeiten und die Abläufe kennenzulernen. Zumindest für mich war es eine unbekannte Welt, aus der ich eine Menge gelernt habe.

Die hier ersichtlichen Fotos entstanden in Valencia, Alicante und Barcelona. Tamara hat mich während der Zeit meiner Feldforschung zu verschiedenen Kliniken begleitet, um diese fotografisch zu dokumentieren. Zudem konnten wir den Klinikalltag in einer Reproduktionsklinik veranschaulichen. Das Ziel von *In/Visibles* war jedoch primär zu beleuchten, was im Rahmen einer anonymen Eizellenspende meist unsichtbar bleibt: Das Leben von Eizellenspenderinnen jenseits ihrer biologischen Verwertbarkeit. Eizellenspenderinnen sind vor allem wichtig in Bezug auf ihre Eizellen. In diesem Projekt wollten wir jedoch die Biographien und Lebensrealitäten von spanischen Eizellenspenderinnen sichtbar machen. Gerade hier war Tamaras Sensibilität für diverse soziale Realitäten wichtig und auch maßgeblich für das daraus entstandene Projekt. Die Fotos geben Einblick in intime Lebenswelten. Vier Eizellenspenderinnen wurden in ihren jeweiligen Lebenskontexten porträtiert. Dafür begleiteten wir sie zu ihnen nach Hause. Sie führten uns dann zum Lieblingsort in ihrer Stadt oder ließen uns an einer ihrer alltäglichen Aktivitäten teilhaben. Zudem interviewte ich die Spenderinnen jeweils beim Treffen. Eine Eizellspenderin konnten wir zudem während dem Prozess der Spende begleiten.

Die folgende Fotostrecke lässt dich die spanische Eizellenspendeökonomie visuell erfahren. Dafür wirst du zu verschiedenen Kliniken in Alicante und Barcelona geführt, du siehst diverse Arbeitsprozesse in der Klinik, von der Spermaentnahme über die Arbeiten im Labor bis hin zu einer Eizellenentnahme. Im zweiten Teil siehst du verschiedene Spenderinnen während des Spendeprozesses wie auch in ihrem Alltag.


IVI
Tu bebé
o te devo
900 847 3
ación previa de IVI. Consultar condiciones en ivi.es

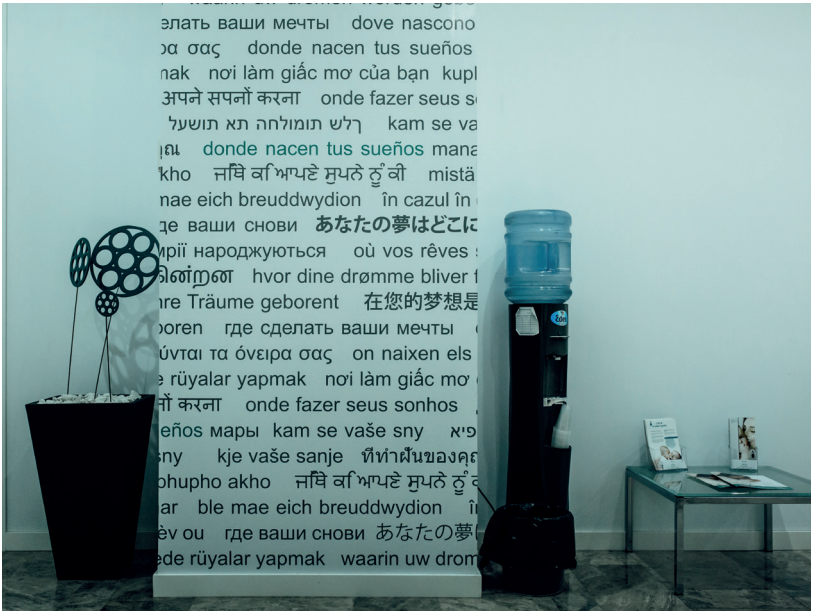

Baby
recién nacido
olvemos el dinero
300


dorsia
clínicas
belleza responsable
96 592 16 46
DINERO INMEDIATO
638 910 944


Ruiz Aldea
consulting - inversiones
eva
Fertility Clinics
96 543 13 54
• Inseminación Artificial
• Fecundación In Vitro (ICSI)
• Preservación de la Maternidad
• Preservación de la Paternidad
• Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP)

Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Semanas
Meses Lunares
I
II
III
IV
V
VI
VII
VIII
Parto Retardado
Última menstruación
Concepción
Primera falta menstrual
Test em.
Término
Aborto
Pregnandiol en orina >5 mg / 24 horas
Estriol en orina 5-12 mcg / 24 horas
HCG en orina 40.000
hasta 100.000 U.I. / 24 hs.
Movimientos Fetales
Multípara
Primípara
Parto Inmaduro
30 mg / 24 horas
aumentando hasta
muy variable
aumentando hasta 40 mg / 24 horas
Parto Prematuro
100 mg / 24
MSD SALUD DE LA MUJER
www.articuloopinion.com


Dossiers suspendus
Suspended files


делать ваши мечты dove nascono
σας donde nacen tus sueños
nơi làm giấc mơ của bạn
अपने सपनों करना onde fazer seus
donde nacen tus sueños
hvor dine drømme bliver
Träume geborent 在您的梦想是
где сделать ваши мечты
rüyalar yapmak nơi làm giấc mơ
onde fazer seus sonhos
sny kje vaše sanje


Junio
2018
NATALBEN

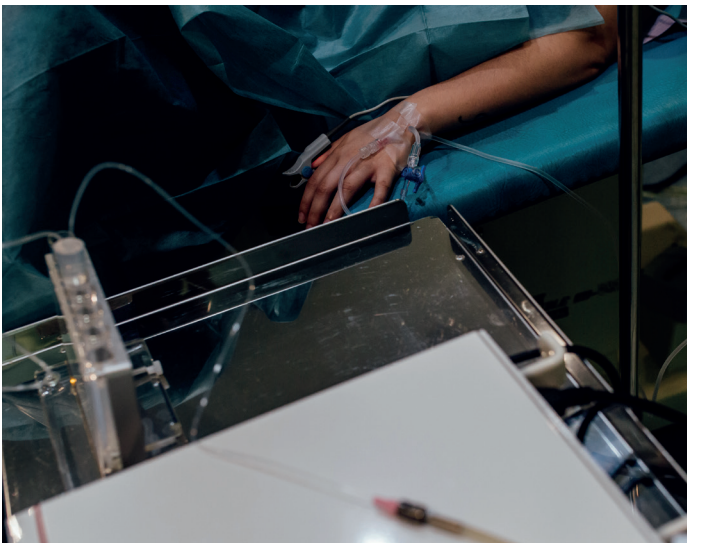

Voluson

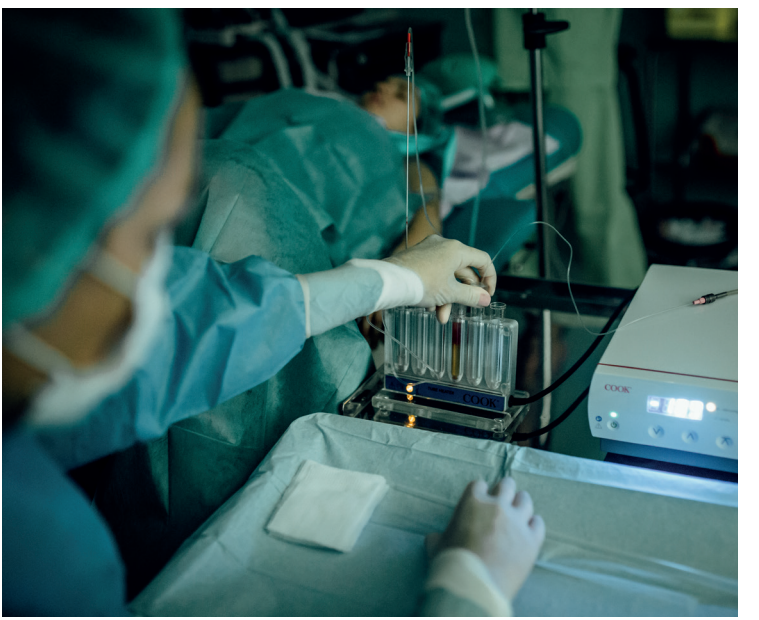

SOLO
Las crónicas más eróticas
Una vir
manSize
OUR MEN MEASURE UP
PRIVATE
MARC ANTHONY
HE CONQUERED EGYPT WITH HIS ASS & HIS ASP
HOT VIDEO
RODAJES
RITUAL
SEX-SHOT
TAXI HARD
VIOLADA Y PERVERTIDA
Black Label
100
REGALO
ESPAÑA: 750 Pts.


NAME
No
DATE

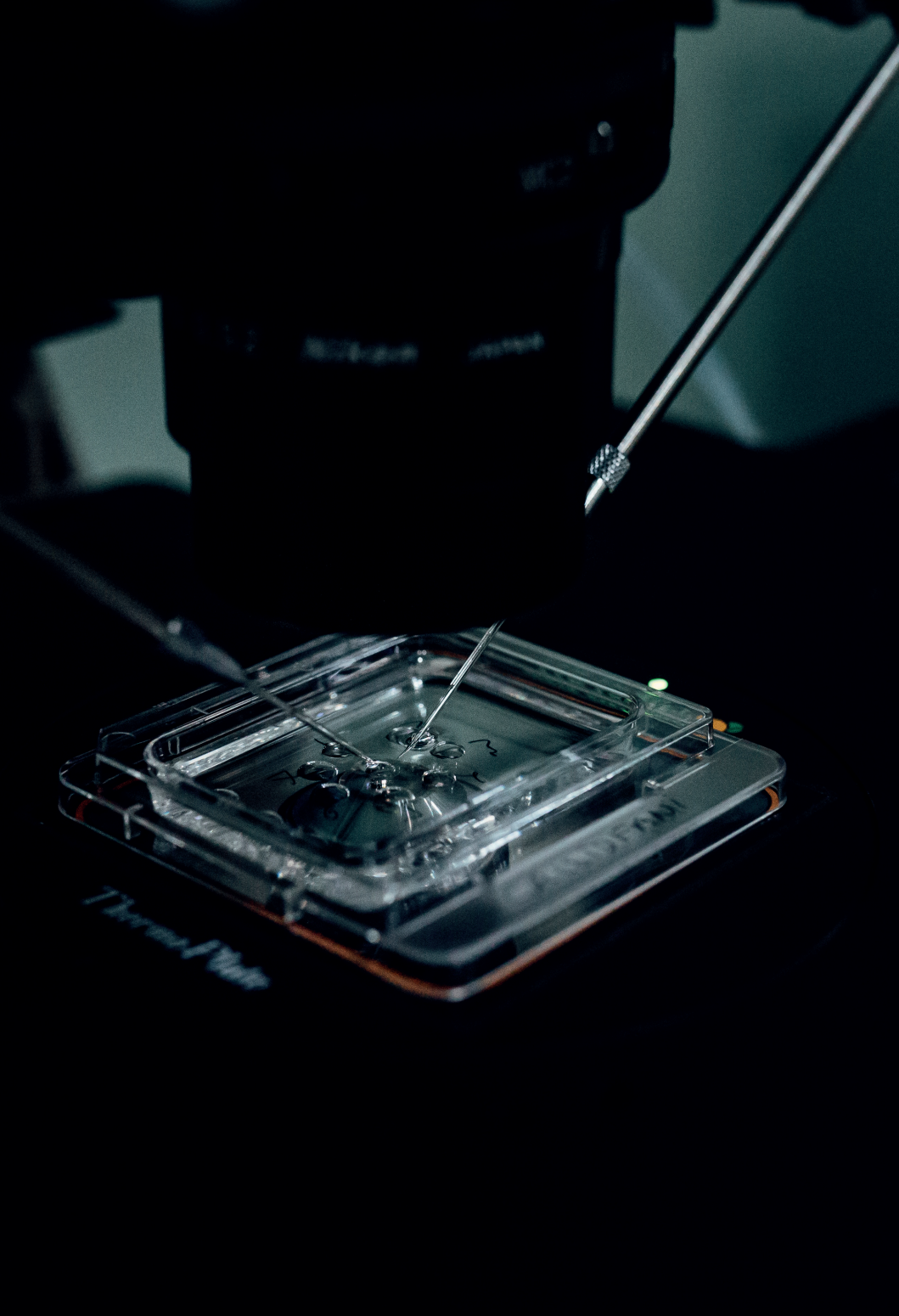







COOK







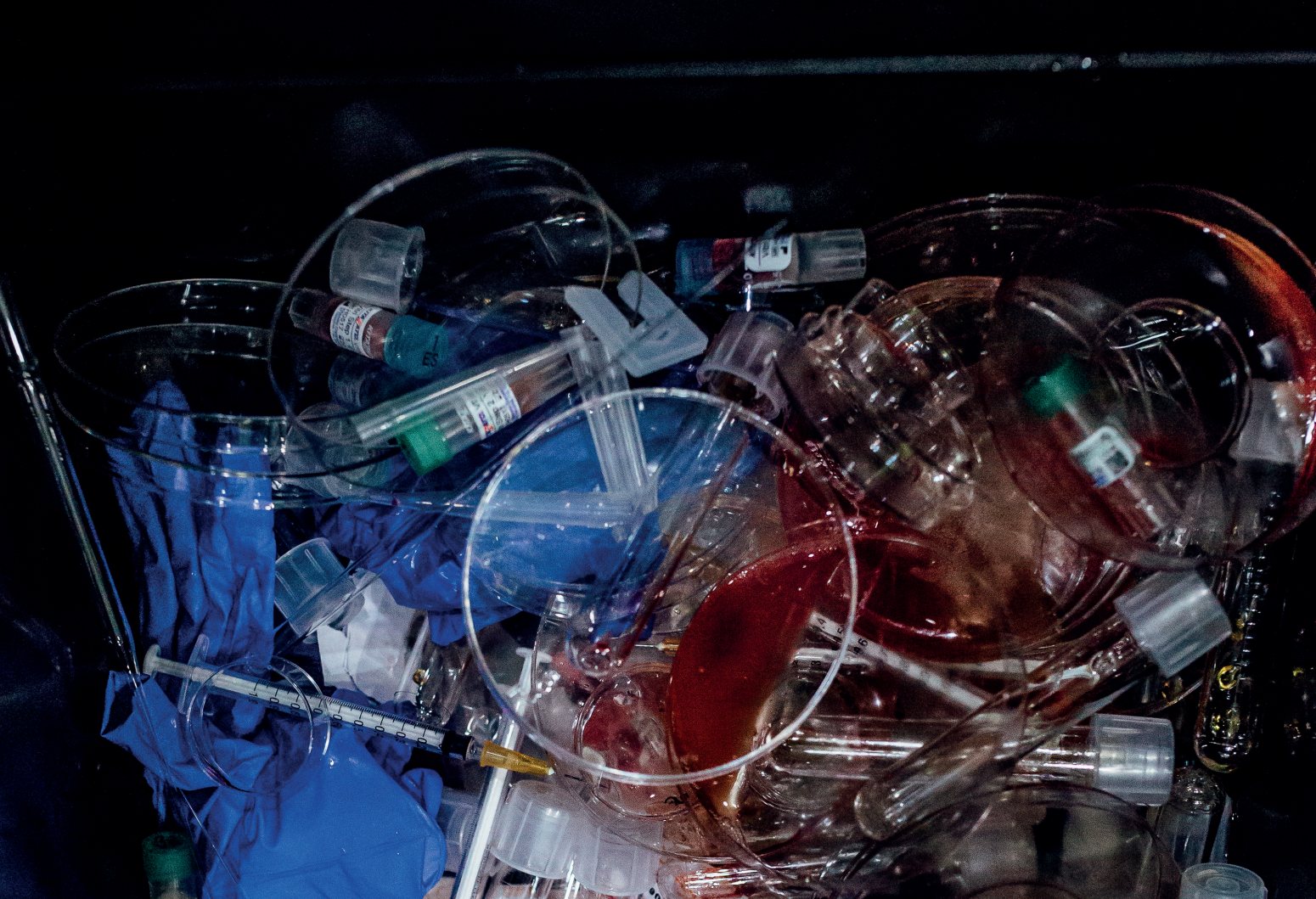





EASTERN MEDICAL










0.0
0.5






CALCIO
100%










Adobe InDesign CC 2014
BLUME
FOTOGRAFÍA TODA LA HISTORIA
EL SEGUNDO SEXO
THICH NHAT HANH
HACIA LA PAZ INTERIOR
Jon Kabat-Zinn
Mindfulness en la vida cotidiana
Postcolonialism & Feminism
HEMINGWAY
MAYA ANGELOU
JAVIER ZULOAGA
PACO ELVIRA
FOTOGRAFÍA & COMPROMISO
NOAM CHOMSKY
Y EDWARD S. HERMAN














ORGANÍZATE
Y LUCHA


Naviguer
sur les flots
avec toi








NO EXCUSE


NO EXCUSE



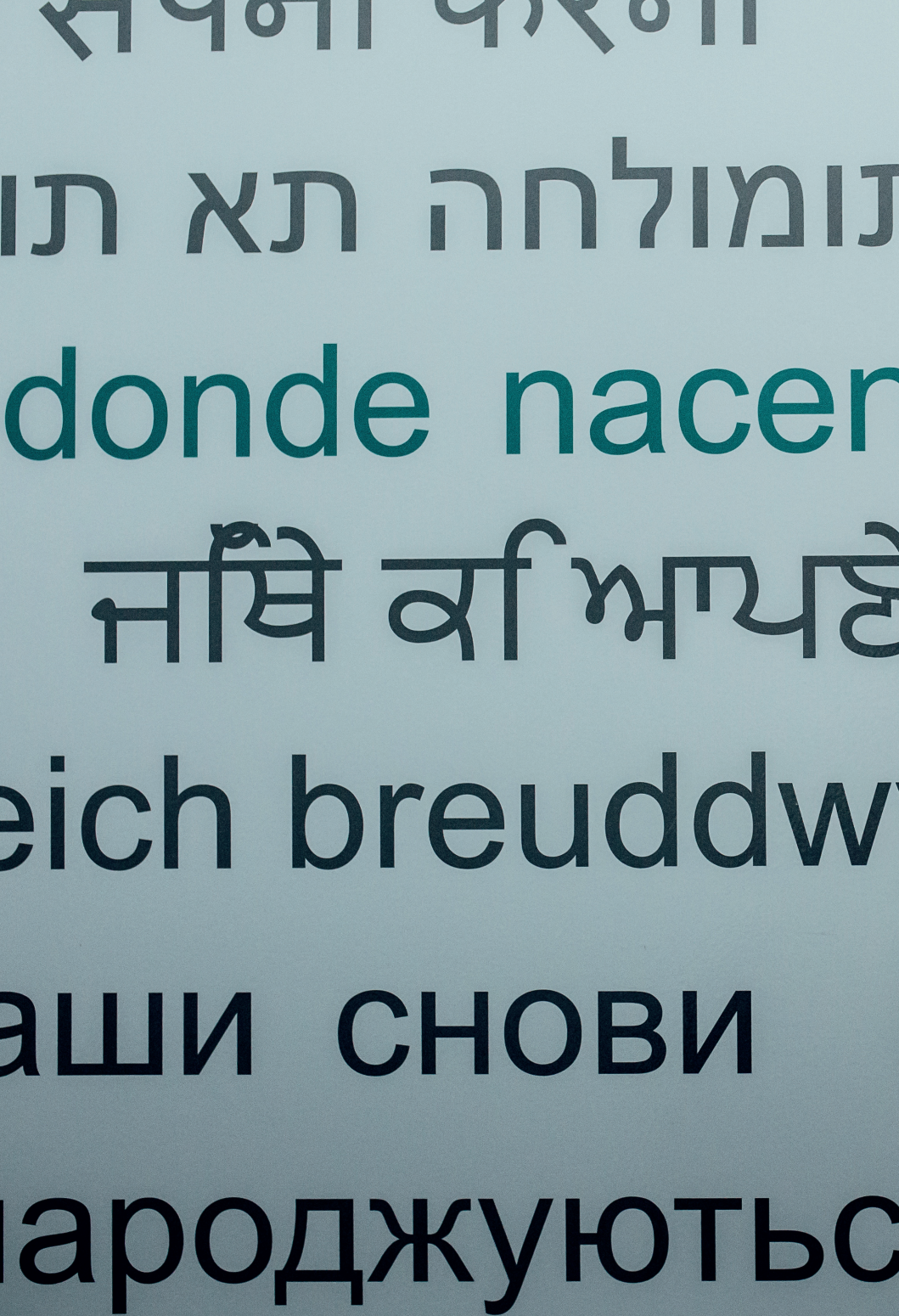


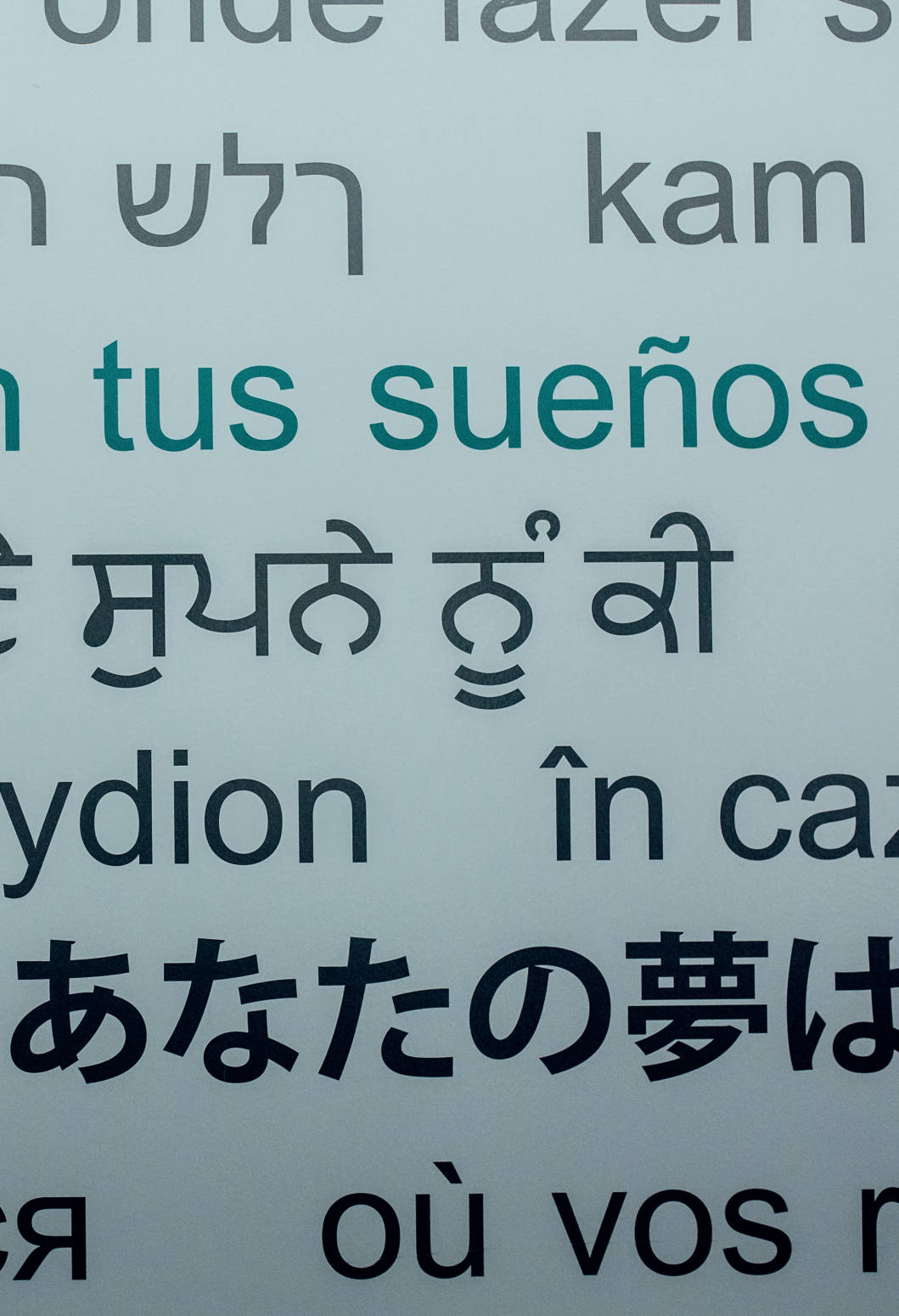

SAMSUNG


DIPLOMA CONCEDIDA
Jenifer Cuevas Gil
CEIP VIRGEN DEL ROSARIO
CURSO 2016-2017






donde nacen
ਜਥੈ ਕ ਆਪਣੇ
ich breuddw
аши снови
ароджуютьс


onde fazer s
ח שלך kam
n tus sueños
ਤੇ ਸੁਪਨੇ ਨੂੰ ਕੀ
ydion în caz
あなたの夢は
ся où vos r

Die Wirkungsmächtigkeit des ‚gesunden' Kindes

Imaginative als Machtverhältnisse, Zukunftsvorstellungen und Gegenwartspraktiken

7. Der konzeptionelle Rahmen: Das ‚gesunde' Kind als Imaginativ

Nachdem ich im ersten Teil des Buches die Rahmenbedingungen aufgezeigt habe, welche die Eizellenspendeökonomie in Spanien bedingen, ist der zweite Teil nun eher eine Art ‚Tiefenbohrung', in welcher ich mich verstärkt mit dem Selektionsaspekt auseinandersetze. Es handelt sich dabei um eine empirisch gesättigte, *dichte Beschreibung* der Selektionspraktiken. Das Konzept des Imaginativs ist einerseits der konzeptionelle Rahmen, mit Hilfe dessen ich die multiplen Verkopplungen von gesellschaftlichen Strukturen und alltäglichen Praxen in der Reproduktionsklinik aufspüre. Andererseits strukturiert das Konzept auch die nächsten Kapitel, weshalb ich es vorgängig etwas ausführlicher vorstelle.

Dieses Buch beschäftigt sich mit Selektion im Rahmen der Reproduktionsmedizin. Die ganz grundlegende *raison d'être* dieser Selektion ist das Ziel der Reproduktionskliniken, ein möglichst ‚gesundes' Kind hervorzubringen.

> Giovanna, Eizellenspenderin, Valencia, 25.4.2018
>
> Das Ziel der assistierten Reproduktion ist es, gesundes Leben in die Welt zu setzen. Es geht also um die medizinische Aufgabe, dass Kinder gesund geboren werden.

Und dieses Ziel der Reproduktionsmedizin ist am besten fassbar, indem man sich näher mit den Vorstellungswelten, den Wünschen und Ängsten, den Zukunftsvisionen und den Selbstbildern beschäftigt, welche in der Klinik zirkulieren. Zuerst einmal geht es also darum zu verstehen, welche alltäglichen „Bilder, Geschichten und Legenden" (Taylor 2003, 23) die Idee des ‚gesunden' Kindes transportieren. Dabei kann dann herausgearbeitet werden, welche spezifische Gegenwart diese multiplen Vorstellungen hervorbringen. Schließlich geht darum zu eruieren, was diese Geschichten und Zukunftsvisionen auszusagen vermögen über heutige gesellschaftliche Werte und Normen. Das Konzept der *Social Imaginaries*[26] ist ein nützliches Werkzeug, um diese Fragen anzugehen. *Social*

26 Der englische Begriff der *Social Imaginaries* ist schwer ins Deutsche übersetzbar. Während es im Französischen mit den ‚Imaginaires' einen etablierten Begriff gibt, zeigt die deutsche ‚Imagination' die Verbindung von Imaginärem und Realem, welche die *Social Imaginaries* auszeichnet, nicht genügend auf. In deutschen Arbeiten wurden *Social Imaginaries* bisher mit ‚sozialen

Imaginaries sind eine Art unterliegende Grammatik von Praktiken, und somit „eine Art Enzyklopädie dessen, was gesellschaftlich sagbar, vorstellbar oder denkbar ist" (Martin 1994, 10). Die Idee dieser gesellschaftlichen Imaginative vermag es also, subjektive Vorstellungen, Bilder und Ideen in Bezug auf die Zukunft als Teil von breiteren sozialen Strukturen aufzuzeigen. Eine wichtige Komponente von Imaginativen ist deren spezifische Zeitlichkeit, sind sie doch eine Art Zeitkapsel, in welcher Zukunft, Gegenwart und Vergangenheit aufeinandertreffen. Imaginative sind in dieser Hinsicht auch nie neutral, sondern „bereits gefüllt mit Phantasien, Paranoia, Traumata, Hoffnungen und Ängsten der Vergangenheit und der Gegenwart" (Salazar u.a. 2017, 18).

Sara, Krankenpflegerin, Valencia, 27.6.2018

Das Ziel ist es, ein gesundes Kind zu Hause zu haben, das ist für mich das primäre Ziel der Reproduktionsmedizin.

Imaginative sind also subjektive Vorstellungen, welche implizit Normen und gesellschaftliche Strukturen (re)produzieren und damit letztlich gesellschaftliche Praktiken legitimieren (Gaonkar 2002, 4). Diverse Autor*innen haben in den letzten Jahrzehnten beschrieben, wie soziale Vorstellungen Phänomene wie Modernität, Nationalismus oder Globalisierung hervorbringen (Castoriadis 1998 (1975); Taylor 2003; Anderson 2016 (1983); Appadurai 1990). Imaginative wurden dabei als wirkungsmächtige Konstrukte aufgezeigt. Dabei ging es auch darum, der Auffassung entgegenzutreten, dass Politik und Gesellschaft primär über rationale Akte erschaffen werden. Denn das Imaginativ ist nicht ein Gegenstück von Realität, sondern im Gegenteil zentraler Part in deren Herstellung (Herbrik und Schlechtriemen 2019, 4). Imaginative geben den Menschen also „ein Gefühl dafür, wer wir sind, wie wir zusammenpassen, wie wir da hingekommen sind, wo wir sind, und was wir voneinander erwarten können" (Gaonkar 2002, 10). Sie erlauben es zudem, diverse Dimensionen analytisch miteinander zu verweben: „[Das Imaginäre] durchbricht die Binarität von Struktur und Handeln: Es verbindet einige der subjektiven und psychologischen Dimensionen des Handelns mit der strukturellen Härte von technologischen

Imaginationen' (Kühnlein 2018), ‚sozialen Vorstellungen' (Ganser 2010), „Vorstellungsschemata" (Kühnlein 2018), Vorstellungsrepertoires (Paus-Haase, Lampert, und Süss 2002), mit ‚Imaginarien' (M. Petersen 2018) oder aber ‚Imaginativen' (Knaut 2014) übersetzt. Ich werde in diesem Buch primär den Begriff Imaginative nutzen, da dieser stärker prozess- und handlungsorientiert ist. Meine eigene Arbeitsdefinition dieses Begriffes wird in diesem Kapitel herausgearbeitet.

Systemen, Politikstilen, Verhaltensweisen und der politischen Kultur" (Jasanoff und Kim 2015, 24).

Herbrik und Schlechtriemen (2019, 6) definieren zwei zentrale Achsen des Imaginativs: Individualität und Kollektivität sowie Produktivität und Reproduktivität. Imaginative sind zwar kollektiv getragene Vorstellungen und Imaginationen, welche aber von Individuen weitergetragen und verkörpert werden. Somit verbinden sie die individuelle mit der kollektiven Sphäre. Ihre volle Wirkungsmächtigkeit entfalten Imaginative erst, wenn sie kollektiv und institutionell abgesichert getragen werden. Produktiv sind Imaginative, weil sie gesellschaftliche Realität als solche hervorbringen und die Möglichkeit von Veränderung in sich tragen. Sie sind aber auch reproduktiv, indem sie auf bestehende, historisch gewachsene Strukturen und Bilder aufbauen (Herbrik und Schlechtriemen 2019, 6).

Manuel, Genetiker, Valencia, 12.11.2018

Die Zukunft der Trägertests? Ich bin natürlich etwas voreingenommen, weil dies eine der Haupttätigkeiten meines Berufes ist, aber wenn ich es gleichsetzen müsste, würde ich sagen, dass der Trägertest sich so normalisieren müsste, dass es wie der Ultraschall an der schwangeren Frau ist. Mit anderen Worten, meines Erachtens ist es natürlich sinnvoll, das Risiko einer Schwangeren für chromosomale Veränderungen wie das Down-Syndrom und andere zu bewerten, aber es sollten auch die monogenetischen Krankheiten getestet werden.

Diese zentralen Achsen sind auch für dieses Buch wichtig, gehe ich doch der Frage nach, inwiefern die von Individuen getragene Wunschvorstellung des ‚gesunden' Kindes eingeschrieben ist in kollektive und von historischen Differenzkategorien geprägte Imaginationen wertvollen Lebens und wie dies zudem eine spezifische Gegenwart hervorbringt.

Dabei ist gerade im Bereich der Reproduktionsmedizin die Technologie eine wichtige Komponente, weshalb Jasanoffs *Sociotechnical Imaginaries* ein hilfreiches Analysetool darstellen. Sie beschreibt *Sociotechnical Imaginaries* als

> „kollektiv getragene, institutionell gefestigte und öffentlich vorgetragene Visionen einer wünschenswerten Zukunft, die durch ein gemeinsames Verständnis der Formen des sozialen Lebens und der

> sozialen Ordnung beseelt sind und welche durch Fortschritte in Wissenschaft und Technologie erreichbar sind und diese gleichzeitig stützen" (Jasanoff 2015, 4).

Dieser Fokus auf wissenschaftlich-technologisch legitimierte ‚Visionen wünschenswerter Zukunft' ist gerade in Bezug auf die Verbindung von Zukunftsvisionen und reprogenetischer Technologie bezeichnend. Beruht das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes doch einerseits auf technologischen Möglichkeiten – der Weg zum gesunden Kind geht über die Nutzung von bestimmten Techniken – und kreiert gleichzeitig eine technologieaffine Zukunft – das Ideal des gesunden Kindes ist in einer zunehmend als riskant verstandenen Welt primär über die verstärkte Nutzung von reprogenetischen Technologien zu erreichen.

Letztlich ist es die Bedeutung der imaginierten Zukunft für gegenwärtige Praktiken der Herstellung eben dieser Zukunft, welche diese so aufschlussreich für eine ethnographische Forschung machen (Jasanoff und Kim 2015, 28). Wie Jasanoff und Kim aufgezeigt haben, sind Imaginative im Prozess der Herstellung von Zukunft nämlich der zentrale Knotenpunkt:

> „Imaginative rahmen und repräsentieren alternative Zukünfte, verbinden vergangene und zukünftige Zeiten, ermöglichen oder beschränken Handlungen im Raum und naturalisieren Denkweisen über mögliche Welten" (Jasanoff und Kim 2015, 24).

In Imaginativen verbinden sich also Zukunftsvisionen, Erfahrungswelten und historisch gewachsene Normen und ergeben zusammen eine konkrete Gegenwart (ebd., 22). Die Reproduktionstechnologie ist ein gutes Beispiel für dieses Zusammenkommen von verschiedenen Zeitlichkeiten, handelt es sich doch um ein zukunftsgerichtetes und doch gegenwartsbezogenes Projekt. Es geht darum, die Wünsche und Hoffnungen von zukünftigen Eltern in einem konkreten Gegenwartsakt – der assistierten Reproduktion – zu materialisieren. Dieser Gegenwartsakt, das haben verschiedenste Forschungen gezeigt, beruht aber auch auf historisch gewachsenen Normen und reproduziert damit bestimmte normative Gesellschaftsordnungen.

Das Imaginativ als Prisma

Ein Ziel dieses Buches ist es, multiple theoretische Zugänge in einen fruchtbaren Dialog zu bringen, um damit ein bestimmtes empirisches

Feld – die Eizellenspende als reprogenetischer Prozess – zu analysieren. Das Imaginativ ist dabei das Prisma, durch welches ich mein Datenmaterial analysiere. Für meine eigene Definition werde ich verschiedene Ansätze verbinden, um über die Analyse eines spezifischen reproduktiven Imaginativs neue Erkenntnisse über die gegenwärtige Gesellschaft zu generieren. Mein Ziel ist es zu verstehen, wie bestimmte Zukunftsvisionen medizinisch-technologische Gewissheiten herstellen und damit soziale Praktiken legitimieren. Dabei sind der normative Charakter dieses Imaginativs sowie dessen Materialisierung in konkreten sozialen (globalisierten) Praktiken im Klinikalltag zentral. Schließlich geht es mir darum, die Rolle von reprogenetischer Technologie für die Normierung von Körpern aufzuzeigen und damit das Imaginativ des gesunden Kindes als eine Art „gemeinsames Verständnis […], das durch Fortschritte in Wissenschaft und Technik erreichbar ist und die Wissenschaft und Technologie gleichzeitig stützt" (Jasanoff und Kim 2015, 4), zu analysieren.

Meine Arbeitshypothese des Imaginativs lautet deshalb wie folgt:

Ein Imaginativ setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Es beruht auf Ungleichheitsstrukturen und (re)produziert Machtverhältnisse.
2. Es bezeichnet kollektiv geteilte Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Ängste, welche die Zukunft betreffen.
3. Es bringt dadurch spezifische Gegenwartspraktiken hervor.

Der folgende Teil ist analog zu dieser Definition des Imaginativs aufgebaut: Im achten Kapitel widme ich mich den Ungleichheitsstrukturen und Machtverhältnissen als Grundbedingung für die Herstellung des ‚gesunden' Kindes. Im neunten Kapitel zeige ich die Zukunftsvisionen aus der Perspektive von Klinikmitarbeitenden, Eizellenempfängerinnen und Eizellenspenderinnen auf. Das zehnte Kapitel dient dazu, die spezifischen Gegenwartspraktiken im Klinikalltag zu beleuchten. Drei kürzere theoretische Kapitel (I, II, III) unterteilen die einzelnen empirischen Kapitel. Diese beleuchten jeweils den erweiterten Kosmos von Zukunftsvorstellungen und gesellschaftlichen Normen, welcher für das jeweils darauffolgende Kapitel relevant ist.

Theoretischer Einschub I: Normierte Zukunftsvorstellungen

Imaginierte Zukunft hat einen stark normativen Charakter. Dabei stellt sich zwangsläufig die Frage, was dies für diejenigen bedeutet, welche nicht diesen Normen entsprechen. Gerade für die Frage nach diesem normativen Aspekt von Zukunftsvorstellungen sind Ansätze aus den *Queer und Crip Studies* aufschlussreich. Drei exemplarische Beiträge sollen zeigen, inwiefern diese neue Erkenntnisse in Bezug auf die Normierung der von mir analysierten Zukunftsvorstellungen liefern. Während ich hier die ableistische Dimension des Imaginativs beleuchte, erkunde ich im darauffolgenden Kapitel die weiteren sozio-ökonomischen Ungleichheitsstrukturen, welche die materielle Grundlage für die gesellschaftliche Imagination des ‚gesunden' Kindes bilden.

Für die Queer Studies skizziere ich die Hauptthese aus Lee Edelmans „*No Future: Queer Theory and the Death Drive*" (2004). Edelman arbeitet sich in seinem Buch an der Figur des Kindes ab: Unschuldig und bedürftig wird das Kind zur Symbolik einer positiven und schützenswerten Zukunft. Queere Personen hingegen werden als narzisstisch und selbstbezogen abgetan, denn „Queerness ist die Seite derer, die nicht, für die Kinder kämpfen'" (Edelman 2004, 3). Edelman propagiert als Abgrenzung zu diesem heteronormativen ‚reproduktiven Futurismus' eine spezifische queere Ethik, welche sich statt auf den Kampf für gleiche Rechte (Ehe, Zugang zu Reproduktionsmedizin etc.) mit der den queeren Personen zugeschriebenen Rolle identifiziert und das Gegenwartserleben als zentralen queeren Wert aufrechterhält (ebd., 27).

José Esteban Muñoz hat mit „*Cruising Utopia: The Then and There of Queer Futurity*" (2009) eine Gegenposition zu Edelman eingenommen. Muñoz kritisiert an Edelman, dass er *race* und *class* vernachlässigt, da mit *reproduktivem Futurismus* ein *weißes*, privilegiertes Kind mitgemeint ist, was nach Muñoz nicht der Realität entspricht, den nicht „alle Kinder sind die privilegierten weißen Babys, denen die heutige Gesellschaft ihre ganze Aufmerksamkeit schenkt" (ebd., 276). Muñoz bringt also weitere Machtverhältnisse in die Debatte um queere Zukunft, indem er das Kind nicht als per se *weiß* und privilegiert zeichnet:

> „Rassifizierte Kinder und queere Kinder sind nicht die souveränen Prinzen der Zukunft. Obwohl Edelman darauf hinweist, dass sich

> die Figur des Kindes als eine Zukunftsvorstellung von der Zukunft tatsächlicher Kinder unterscheidet, akzeptiert und reproduziert seine Rahmung dennoch diese monolithische Figur des Kindes, das tatsächlich immer bereits weiß ist" (Muñoz 2009, 279).

Während Edelman und auch Muñoz sich stärker in einer psychoanalytischen Debatte verorten lassen, auf welche ich hier nicht näher eingehe, sind doch ihre Gedanken zur Normierung von Zukunft mit dem Resultat, dass gewissen Menschen der Zugang zu dieser ‚guten Zukunft' nicht gewährt wird, auch im Hinblick auf die in diesem Buch thematisierte Vorstellung des ‚gesunden' Kindes relevant: Auch diese verweist auf Normen und Werte bezüglich nicht-normierter Körper in der aktuellen Praxis der Reproduktionsmedizin.

Alison Kafer erörtert in ihrem Buch „*Feminist, Queer, Crip*" die Bedeutung der Figur des be_hinderten Körpers in konkreten Zukunftsvorstellungen:

> „Be_hinderung wird als Zeichen für Zukunftslosigkeit gelesen, oder zumindest wird Be_hinderung mit keiner guten Zukunft assoziiert [...] Es ist diese Annahme der allgemeinen Übereinstimmung, dieser Glaube, dass wir uns alle die gleiche Zukunft wünschen, die ich in diesem Buch aufgreife. Ich bin besonders daran interessiert die Art und Weise aufzudecken, wie der be_hinderte Körper in diesen Zukunftsvisionen eingesetzt wird [...]. Ich behaupte, dass Be_hinderung in diesen Zukunftsvisionen auf zweierlei Weise verleugnet wird: Erstens wird der Wert einer Zukunft, die be_hinderte Menschen einschließt, nicht anerkannt, während der Wert einer behinderungsfreien Zukunft als selbstverständlich gesetzt wird; zweitens wird die politische Natur von Behinderung als eine Kategorie, die angefochten und diskutiert werden muss, nicht anerkannt. [...] Ich fordere diese Rhetorik der Natürlichkeit und Unvermeidbarkeit, die diesen Diskussionen zugrunde liegt, heraus und behaupte, dass Entscheidungen über die Zukunft von Be_hinderung und be_hinderter Menschen politische Entscheidungen sind und als solche anerkannt und behandelt werden sollten" (ebd., 3, 10).

Kafer hinterfragt also die Selbstverständlichkeit, mit welcher ein be_hindertes Leben konzeptualisiert wird als eine Zukunft, die niemand möchte (ebd., 3). Sie hat sich in einem Kapitel ihres Buches vertieft mit Edelmans These in Bezug auf Be_hinderung auseinandergesetzt und dabei aufgezeigt, dass die Dominanz des Kindes in den von Edelman kritisierten Zukunftsvorstellungen auch in Bezug auf Be_hinderung relevant ist:

> „Diskurse über Reproduktion, Generation und Vererbung sind mit der Angst vor Be_hinderung durchdrungen. Diese Orte von reproduktiver Zukunft verlangen ein Kind, das sowohl den Eltern ähnlich sieht und diese gleichzeitig übersteigt; ‚wir' wollen alle, dass ‚unsere' Kinder gesünder, aktiver, stärker und klüger sind als wir selbst, und wir sollen alles in unserer Macht stehende tun, um dies zu erreichen. Das Kind, an welches unser Erbe weitergegeben wird, ist zweifellos körperlich und geistig leistungsfähig (*able-bodied/able-minded*)" (ebd., 29).

Analog zu den Erkenntnissen von Muñoz in Bezug auf die Dimensionen *race* und *class* hat Kafer die ableistische Dimension in Edelmans Definition des Kindes aufgezeigt. Das Kind, gemäß Edelman das Symbol von *reproduktivem Futurismus* par excellence, zeigt Kafer also auf als ein per se nicht be_hindertes Kind: „be_hinderte Kinder sind nicht Teil dieser privilegierten Vorstellungswelt, es sei denn, als das elende Andere" (Kafer 2013, 33). Die generelle Zukunftsfixiertheit von *reproduktivem Futurismus* sieht Kafer aber auch als wichtige Komponente in ableistischen Diskursen, in welchen Körper zum Zwecke einer besseren Zukunft immer vor Be_hinderung bewahrt werden müssen (ebd., 29). Im Gegensatz zu Edelman fordert Kafer aber keine Abkehr von der Zukunft, im Gegenteil fordert sie, „sich Be_hinderung und die Zukunft von be_hinderten Menschen anders vorzustellen, als Teil einer anderen, alternativen Zeitlichkeit, welche be_hinderte Menschen nicht aus der Zeit wirft, als Zeichen einer Zukunft ohne Zukunft" (ebd., 34). Dieses Anliegen durchzieht auch dieses Buch, ich möchte die Selbstverständlichkeit der in den Reproduktionskliniken vorherrschenden Vorstellung eines ‚gesunden' Kindes destabilisieren und danach fragen, was diese aussagen über die aktuelle, ableistische Praxis der Reproduktionsmedizin.

Die vorgestellten Werke beinhalten alle eine Auseinandersetzung mit bestimmten Imaginarien und deren Auswirkungen in Form von Ausgrenzungsprozessen (bei Edelman für *Queers*, bei Muñoz für rassifizierte/queere Kinder und bei Kafer für *Crips*). In diesem Buch schließe ich mich dieser grundsätzlich kritischen Haltung an. Dabei frage ich nach der konkreten Auswirkung der Vorstellung eines ‚gesunden' Kindes auf multiple Akteur*innen in einer transnationalen Bioökonomie: Was bedeutet dies für Eizellenspenderinnen, welche als ‚Zubringerinnen' genetischen Materials betroffen sind von den Selektionsmechanismen, die ein ‚gesundes' Kind garantieren sollen? Und was bedeutet es für Eizellenempfänger*innen, welche in ihren Hoffnungen

auf ein Kind mit den in der Reproduktionsmedizin hegemonialen Vorstellungen des ‚gesunden' Kindes konfrontiert werden?

HINWEIS: In der folgenden Tagebuchnotiz werden ableistische und potenziell verletzende Inhalte wiedergegeben!

Tagebuchnotiz, Gespräch mit Juan, Genetiker, Valencia, 1.11.2019

Juan: Hier besteht der Unterschied zwischen Integration und Wunsch. Das heißt, wenn diese Menschen [mit Down Syndrom] geboren werden, müssen sie integriert werden, das ist klar. Das Problem ist, dass auf der Ebene der Antizipation, also wenn du ein Reproduktionsprojekt hast und man dich fragt: „Macht es dir was aus, ein Kind mit Down-Syndrom zu haben oder nicht?" Ich glaube, die meisten Leute würden sagen: „Ich will kein Kind mit Down-Syndrom haben." Es sind also unterschiedliche Dinge. Ich meine, wenn sie schon in der Welt sind, muss man sie integrieren [...]. Das Problem, das wir bei der assistierten Reproduktion haben, besteht darin, dass wir die Reproduktion programmieren. Ich bin mir aber sicher, dass auch Menschen, die sich auf natürliche Weise reproduzieren, wenn du die fragst, was die wollen, sie alle dasselbe sagen: „Ich will, dass es gut [gesund] wird. Es ist mir egal, ob es ein Junge oder ein Mädchen ist, aber ich will nicht, dass es etwas hat."

Laura: Aber glaubst du denn nicht, dass wenn all diese Technologien normalisiert werden [...] es in Zukunft keine Menschen mit Down-Syndrom mehr geben wird, die werden einfach nicht mehr geboren werden?

Juan: Klar. Wir rotten die aus, auch das Turner-Syndrom, das ist noch viel unsichtbarer [...] das sind eigentlich ganz normale Frauen. Sie sind einfach unfruchtbar, sie haben vielleicht eine leichte kognitive Beeinträchtigung, sie sind klein und so weiter. [...] oder auch das Klinefelter-Syndrom.

8. Machtverhältnisse: Die strukturelle Basis des ‚gesunden' Kindes

8.1 Audioauftakt
Klicke hier oder fotografiere den QR-Code,
um zum Auftakt dieses Kapitels zu gelangen.



Im Juli 2018 lud ich alle Mitarbeiter*innen von CREAVIVA[27] ein, mir in Interviews ihre Sichtweise auf die Reproduktionsmedizin darzulegen. Auf die Frage, was das Schönste an ihrer Arbeit sei, erhielt ich eine erstaunlich homogene Antwort. Flächendeckend – über alle Berufsgruppen hinweg – wurde mir in der Essenz dieselbe Antwort gegeben: „Das Schönste ist es, wenn jemand schwanger wird." So meinte etwa eine Embryologin: „Einer der wichtigsten und schönsten Aspekte ist es, wenn ich die Früchte meiner Arbeit sehe, wenn ich ein Kind sehe" (Verónica, Embryologin, Valencia, 13.7.2018). Die Klinikpsychologin Elena las mir eine Mail von einem glücklichen Paar vor, das sich bei ihr bedankte. Darauf schaute sie mich an und betonte: „Also, DAS ist das Schönste der Arbeit und das ist auch das Ziel! Leute glücklich zu machen! Und dass sie Eltern werden" (Elena, Psychologin, 12.7.2018, Valencia).

Dieses Ziel wurde mir von einem Genetiker als der „finale Aspekt" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.5.2018) der Reproduktionsmedizin beschrieben. Darin gibt es nur zwei Optionen: Entweder die Patient*in wird schwanger – oder eben nicht. Der Fokus dieser Medizin liegt also, auch wenn dafür zwei verschiedene Körper gebraucht werden, klar bei der Empfänger*in. Man könnte nun einwerfen, dass diese Einsicht nicht erstaunlich ist – selbstverständlich geht es in der Reproduktionsmedizin um Schwangerschaften. Nun war gerade CREAVIVA aber fast schon eine Eizellenbank; den größten Teil des Alltags verbrachten die Arbeiter*innen daher mit Eizellenspenderinnen: Neuaufnahmen, Zwischenkontrollen, Punktionen. Abklärungen von Spenderinnen, nicht von Empfänger*innen, bestimmten den Hauptteil ihrer Arbeit. Wie ich im fünften Kapitel aufgezeigt habe, wird die Arbeit mit den Eizellenspenderinnen von Ärzt*innen jedoch als repetitiv und langweilig empfunden, sie wird etwa beschrieben als „immer nur Follikel

27 In den folgenden empirischen Teilen wird immer wieder auf Aussagen von Personen aus der Reproduktionsklinik CREAVIVA oder sonstigen von mir interviewten Akteur*innen verwiesen. Einige davon habe ich im 5. Kapitel steckbriefartig vorgestellt.

suchen und punktieren“ (Tagebuchnotiz, Valencia, 2.5.2018) oder als „Routinearbeit, es sind einfach immer die gleichen Abläufe“ (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.5.2018).

Diese Dissonanzen verweisen auf eine ungleiche Bewertung von Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen im Klinikkontext. Um diese Ungleichheiten auch in einer Bioökonomie zu verorten, sei hier vorgängig noch einmal auf die finanzielle Dimension verwiesen: Im Jahr 2016 kamen die spanischen Kliniken auf ein Geschäftsvolumen von insgesamt 530 Millionen Euro (DBK Informa 2017). Ein großer Teil dieses Geschäftes wird über die transnationale Eizellenspende umgesetzt. Die Eizellenspenderinnen, welche um die 1000 Euro pro Spende verdienen, sind im Vergleich zu anderen Märkten, wie etwa den USA, nur minimal an diesen Gewinnen beteiligt (Tober und Pavone 2018).

Im dritten Kapitel habe ich die größere Debatte zu den ökonomischen Ungleichheitsverhältnissen in Bezug auf Eizellenspenderinnen aufgezeigt, im fünften Kapitel wurde der spezifische Kontext der spanischen Bioökonomie thematisiert.
In diesem Kapitel dokumentiere ich nun, wie sich diese makroökonomischen und politischen Strukturen und Ungleichheiten in den alltäglichen Praktiken und Diskursen im spanischen Klinikalltag zeigen. Dieses Kapitel behandelt damit den ersten Teil des Imaginativs: Die Ungleichheitskategorien und Machtstrukturen, welche dem Imaginativ des ‚gesunden' Kindes zugrunde liegen.

Meine Arbeitsdefinition eines Imaginativs

Ein Imaginativ setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. *Es beruht auf Ungleichheitsstrukturen und (re)produziert Machtverhältnisse.*
2. Es bezeichnet kollektiv geteilte Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Ängste, welche die Zukunft betreffen.
3. Es bringt dadurch spezifische Gegenwartspraktiken hervor.

Wie ich im theoretischen Einschub aufgezeigt habe, ist eine ableistische Logik die Basis für das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes. Das ‚gesunde' Kind als solches impliziert also eine normative Vorstellung davon, was reproduzierbare und somit wertvolle Körper sind. In diesem Kapitel zeige ich in einem ersten Teil auf, wie diese ableistische Vorstellung in der Praxis auch mit anderen Ungleichheitskategorien

verschränkt ist. In einem zweiten Teil zeige ich, wie diese Ungleichheiten über Mythen konsolidiert werden.

8.2. Die Produktion von (Un-)Sichtbarkeiten

Im Folgenden veranschauliche ich, wer im Prozess der Herstellung des ‚gesunden' Kindes (un-)sichtbar gemacht wird. Embryonen werden in den Kliniken zu wichtigen Akteur*innen mit Subjektcharakter gemacht. Auch die Eizellenempfänger*in hat eine bedeutende Rolle, welche über das Konzept der Epigenetik noch verstärkt wird. Im Gegensatz dazu wird die Eizellenspenderin in der Klinik diskursiv zum Verschwinden gebracht.

8.2.1. Die Anthropomorphisierung von Embryonen

> „Unsere Direktorin sagt immer, dass wir unsere Embryonen wie kleine *marqueses* (Markgrafen) behandeln. Ich finde das eine sehr schöne Aussage, denn wenn eine Frau so lange auf ein Kind gehofft hat und dann kommt sie in eine Klinik wie die unsere und dort wird ihr gesagt ‚Wir werden alles Mögliche tun, wir werden für dich sorgen vom Anfang bis zum Schluss, wir werden dich begleiten bei allem und wir werden uns um dein Embryo kümmern, als wäre es ein *marques*, dann fühlst du dich gut aufgehoben. Und wir haben auch Innovationen, welche da helfen, jetzt nicht primär, damit die Behandlung gut läuft, sondern für die Entspannung der Eltern, welche auf das Resultat warten. Zum Beispiel haben wir diese App, welche es den zukünftigen Eltern erlaubt, ihre Embryonen im *Embryoscope* zu beobachten. Das *Embryoscope* ist ein Inkubator, welches primär Daten fürs Labor liefert – aber mit unserer App können die Eltern die Evolution ihrer Embryonen mitverfolgen, wo auch immer sie gerade sind. Von zu Hause aus können sie das anschauen und mitverfolgen. Das *Embryoscope* ist super. Er ermöglicht es unseren Patientinnen, die ersten Tage ihrer oKinder mitzuverfolgen. Und das ist auch gut für die Transparenz, weil so können wir ihnen zeigen, dass wir uns wirklich sorgen um unsere kleinen Patienten" (Simona, Marketingexpertin, Barcelona, 10.11.2017).

Videoüberwachte Zellteilung, Blastozysten als Patienten, Embryonen mit Adelstitel – das einleitende Beispiel aus dem *Instituto Marques*, einer exklusiven und im höheren Preissegment angesiedelten Klinik, verweist auf die Wichtigkeit und auch Werthaftigkeit von Embryonen im Setting der Reproduktionsklinik. Dabei wird nicht selten

Zellmaterial anthropomorphisiert, also vermenschlicht, was den Embryo mit ganz spezifischen Qualitäten ausstattet. Diekämper beschrieb diesen Prozess im Kontext der Präimplantationsdiagnostik: „Noch bevor das Kind auf der Welt ist, ist es bereits (handelndes) Subjekt" (Diekämper 2014, 244). Diese Subjekthaftigkeit ist ganz deutlich erkennbar, wenn die Embryonen als Patient*innen einer Reproduktionsklinik definiert werden.

Neben der oben genannten App, welche die Eltern an der Zellteilung ihrer Embryonen teilhaben lässt, veranstaltete die Klinik auch schon Labor-Konzerte für Embryonen (Institut Marquès 2015). Diese Innovation basiert auf einer Studie der Klinik zum positiven Effekt von Musik auf die Entwicklung von Embryonen (López-Teijón u.a. 2015). Das *Instituto Marques* ist im Hinblick auf diese technischen Spielereien sicherlich ein Extremfall, doch die Anthropomorphisierung von Embryonen konnte ich während meiner Feldforschung in verschiedenen Momenten beobachten. So versicherte mir eine Klinikmanagerin aus Alicante beispielsweise in Bezug auf die Arbeit im Labor, dass „es hier um Leben geht, das ist eine ernste Sache" (Rosa, Klinikmanagerin, Alicante, 31.3.2017). Auch bei CREAVIVA sind die Embryonen mehr als nur Keimzellen, was gut ersichtlich ist im Arbeitsethos der Mitarbeitenden. So rief eine Klinikmitarbeitende vom internationalen Departement beispielsweise oft im Labor an, um zu sehen, wie es den Embryonen ihrer Patientinnen so ging. Als ich sie darauf ansprach, meinte sie: „Ich bin einfach eine ‚*Mama gallina*' (überbehütende Mutter) – sowohl mit meinen eigenen Kindern wie auch mit den anderen. Deshalb sag ich denen im Labor auch immer ‚Schau mir gut zu meinen Kids'" (Tagebuchnotiz, Valencia, 19.6.2018). In dieser Aussage vermischen sich private und berufliche Sphäre, der Bezug zu ‚ihren Kindern' verweist auf ein affektiv aufgeladenes Arbeitsverhältnis. Dies wurde auch schon in anderen Kontexten aufgezeigt. So etwa von Whittaker und Speier am Beispiel von Reproduktionskliniken in Thailand und der Tschechischen Republik, wo Reproduktionskliniken und Agenturen die geschäftliche Beziehung zu ihren Patient*innen affektiv aufladen, während sie sich von Eizellenempfänger*innen oder Leihmüttern emotional abgrenzen (Whittaker und Speier 2010). In den Diskursen der von mir befragten Klinikmitarbeitenden ist zu verzeichnen, dass sich diese Affektivität auch in Bezug auf die ihnen anvertrauten Zellmaterialien zeigt.

Die Anthropomorphisierung von Embryonen ist auch in den Diskursen der Eizellenempfänger*innen erkennbar. So bedankte sich eine holländische Patientin vor dem Transfer bei der Embryologin etwa mit „*Thank*

you for looking after our babies", worauf diese antwortete „Wir transferieren ihnen heute nur eines, die restlichen bleiben dann erst mal in meiner Kita" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.11.2018). Schließlich enthält die Anthropomorphisierung aber auch die andere Seite der Medaille des Lebens, nämlich die Möglichkeit, dass Embryonen sterben. So erzählt eine Empfängerin aus der Schweiz, dass ihre Embryonen „schon beim Auftauen gestorben sind" (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.2017). Ein Paar, welches ich bei CREAVIVA getroffen habe, fragte im Hinblick auf die vom behandelnden Arzt aufgezeigte Option der Kryokonservierung von überzähligen Embryonen: „Aber besteht dann nicht die Gefahr, dass die Embryos beim Einfrieren oder Auftauen sterben?" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.3.2018).

Embryonen werden im Kontext der Klinik wie auch in den Diskursen der Eizellenempfänger*innen also mit einer bestimmten Vitalität versehen. Klinikmitarbeitende übernehmen darin Sorgearbeit für die Embryonen, welche mit menschlichen Attributen ausgestattet werden (‚meine Kids', ‚kleine Patient*innen'). Die Eizellenempfänger*innen setzen diese Anthropomorphisierung auch in Bezug zu potenziellen Risiken eines Misserfolgs des Zyklus (‚sterbende Eizellen'). Es lässt sich hier feststellen, dass Embryonen im Bereich der Klinik eine Subjektivität verliehen wird, welche weit über ihren biomedizinischen Status als Keimzellen hinausreicht.

8.2.2. Die Sichtbarmachung der Eizellenempfängerinnen über Epigenetik

Ein Grundproblem bei der Reproduktion mit Drittparteien liegt in der Akzeptanz der sozialen Mutter, ein genetisch nicht verwandtes Kind auszutragen und dieses als ihr eigenes Kind zu verstehen. Sven Bergmann hat diese Naturalisierung von nicht genetischen Verwandtschaftsformen in Reproduktionskliniken als Prozesse der „assistierten Authentizität" (2014, 229) beschrieben. Das Konzept der Epigenetik hilft, diese Aneignung in biologischen Termini zu begreifen.

> Die Umweltepigenetik ist im letzten Jahrzehnt zu der Lebenswissenschaft par excellence geworden. Es ist das Feld, das wir Sozial-, Kultur- und Geschichtswissenschaftler*innen gerne als Ort einer potenziellen Zusammenarbeit zwischen Lebens- und Sozialwissenschaften sehen. Eine Art Schuldschein, der das seit langem bestehende Problem angeht, wie das Soziale unter die Haut von Individuen, Populationen und Denkstilen von uns allen, die wir

> solche Dinge untersuchen, geht. Wie können wir die neuen genomischen und epigenomischen Instrumente nutzen, um die Wechselwirkung zwischen Genen und Umwelt oder – noch besser – deren Ko-Produktionen zu untersuchen? [...] In der Tat ist die Epigenetik eine Wissenschaft, mit der man gut denken kann, eine alte und doch neue Wissenschaft, die die vielfältigen Komplexitäten der postgenomischen Wissenschaftslandschaft aufgreift und dabei die Umwelt anerkennt, wenn nicht sogar genau in den Mittelpunkt stellt (Rapp 2018, 780).

Epigenetik ist „die Untersuchung der molekularen Mechanismen, welche die Genfunktion regulieren und die Genexpression verändern, ohne dabei die genetische Sequenz zu verändern" (Saldaña-Tejeda und Wade 2019, 2). Damit verweist die Epigenetik auf die Rolle der Umwelt für die Biologie, bezeichnet also sozusagen, wie das „Soziale unter die Haut der Individuen gelangt" (Rapp 2018, 780) und bietet damit ein flexibles und wenig deterministisches Verständnis von Genetik. Während, wie ich noch aufzeigen werde, in den Selektionspraktiken eine deterministische Konzeption von Genetik wichtig ist, wird gerade in den Gesprächen mit den Eizellenempfängerinnen immer wieder auf das flexiblere Konzept der Epigenetik verwiesen. Die Epigenetik ist im Kliniksetting primär ein Instrument, welches genutzt wird, um die Wichtigkeit der Eizellenempfänger*innen im Prozess der Eizellenspende hervorzuheben. Die folgende Beobachtungsnotiz veranschaulicht dies:

> „Ich sitze bei einer Konsultation von José Luis. Ein spanisches Paar tritt ein, beide Mitte Vierzig. Die beiden haben bereits ein älteres Kind, schon lange ist da der Wunsch nach einem zweiten. Nach drei fehlgeschlagenen ICSI-Versuchen mit eigenen Eizellen haben sie sich schweren Herzens für eine Eizellenspende entschieden. Besonders der Mann war lange unsicher, ob er diesen Schritt gehen will. Nachdem José Luis den Ablauf erläutert hat, hakt die Frau ein: ‚Sie haben doch letztes Mal etwas wegen dieser Epigenetik erzählt. Wir haben das nicht ganz verstanden, könnten Sie das nochmals erklären?' Nun holt der Arzt aus, und ich schreibe eifrig mit: ‚Genau – die Genetik ist wichtig. Wir sehen sie nicht, aber sie ist da. Die Evolution zeigt es, wir sind da, um Gene zu übermitteln. Aber wir Menschen haben auch andere Faktoren, die wichtig sind. Es ist wichtig zu sehen, dass die Genetik nicht fix ist, sondern dass du die Genetik mitformst von Anfang an, bereits bei der Empfängnis.

> Wenn man zum Beispiel Zwillinge hat, die zur Adoption freigegeben und anders aufgezogen wurden. Die haben dieselbe Genetik und einerseits ähnliche Züge, entwickeln sich aber auch ganz anders. Ich sage immer: Wenn du Zwillinge hast und einer wird in einer Räuberhöhle großgezogen und der andere in einem Pfarrhaus, dann wird der eine Räuber und der andere Pfarrer. Aber, das beginnt schon vorher. Wenn der Embryo in deinem Uterus ist, modifiziert dies den Ausdruck seiner Gene. Schlussendlich sind wir Proteine. Wir sind nicht mehr als biochemische Prozesse. Das Verhalten, alles wird dadurch beeinflusst. Und deswegen gibt es eine Ko-Beteiligung von Ihren Genen bei der Herstellung der Genetik Ihres Kindes. Ihr Blut wird im Blut Ihres Kindes zirkulieren, und dies wird Ihr Kind beeinflussen. Das hört sich unglaublich an, aber es ist Realität. Alle Menschen haben die gleichen Gene – die gleiche Sequenz. Aber wir haben Zellen in uns, die nicht unsere sind. Mikrobiome. Bakterien. Die sind wichtiger als unsere eigenen Gene.' Das Paar hält sich an den Händen. Sie fragt: ‚Also heißt das etwa, dass externe Faktoren auch Einfluss haben auf die Genetik?' ‚Ja, haben Sie schon mal von Probiotika gehört? Das ist gerade sehr in Mode. Und das ist nichts anderes als der Versuch, unserem Körper mehr externe Gene zu verleihen, welche das eigene System modifizieren können.' Das Paar schaut sich an und die Frau sagt zu ihrem Mann, nun mit einem angedeuteten Lächeln: ‚Schau, das heißt, *yo si influyo* [ich beeinflusse eben auch]'" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.3.2018).

José Luis verweist in dieser Beratung auf die grundsätzliche Flexibilität von Genetik. Und doch oszilliert die Narration zwischen Determinismus („wir sind da um Gene zu übermitteln", „Schlussendlich sind wir Proteine") und Offenheit („dass du die Genetik mitformst von Anfang an", „dass die Genetik nicht fix ist", „Wenn der Embryo in deinem Uterus ist, modifiziert dies den Ausdruck seiner Gene"). Gerade das Beispiel der Räuberhöhle und des Pfarrhauses ist bezeichnend dafür, wie die Epigenetik in der Klinik benutzt wird: Die soziale Dimension der Elternschaft soll damit verstärkt werden (diejenigen, die das Kind aufziehen, entscheiden, wie das Kind wird[28]). Der Verweis auf das Blut der Mutter, welches im Blut des Kindes zirkuliert, rekurriert zudem auf das klassische euro-amerikanische Verwandtschaftsverständnis (Schneider und Schneider 1980), bei welchem Familie als Blutsverwandtschaft verstanden wird. Der Arzt nutzt dieses

28 Diese Aussage könnte auch als eine Zuschreibung von Verantwortung an die sozialen Eltern gelesen werden, was zu einer zeitgenössischen „‚intensive' parenting culture" passen würde (Faircloth und Gürtin 2018, 985).

Verständnis, um die Rolle der Eizellenempfängerin als legitime Mutter zu unterstreichen.

Während von Psycholog*innen und Ärzt*innen immer auch betont wird, dass die eigene Austragung des Kindes und das spätere Aufziehen weitaus wichtiger sind als genetische Veranlagungen für die Bildung einer Familie, bietet der Verweis auf die Epigenetik die Möglichkeit, diese soziale, gesellschaftliche Argumentation auch biologisch zu stützen und zudem die Anonymität der Spenderinnen, ein wichtiges Merkmal der spanischen Eizellenspendeökonomie, zu legitimieren. Während die Naturalisierung von nicht-genetischen Verwandtschaftsverhältnissen im Sinne von Haraways *make kin not babies* emanzipatorische Ziele verfolgt, geht es bei dieser Bezugnahme auf die Epigenetik jedoch vielmehr darum, die bürgerliche Norm von Verwandtschaftsverhältnissen aufrechtzuerhalten und zu verstärken. Dies versinnbildlicht die Haltung einer Klinikmitarbeitenden, welche in einer Mail eine Empfehlung in Bezug auf das internationale Marketing der Klinik erteilte:

> „Man muss unbedingt die Idee unterstützen, dass die fehlende Information über die Spenderin [aufgrund der Anonymität] nicht relevant ist für die Identität des Kindes, dass die Gene nicht die Identität bedeuten. Wir sollten auch mit entsprechenden Publikationen auf unserer Webpage darauf verweisen, dass wir uns als Gesellschaft auf die Reichhaltigkeit unserer persönlichen Identitäten und auf unsere persönlichen Beziehungen fokussieren sollten und dass die Genetik uns weder in unserem Sein determiniert noch unsere Beziehungen beeinflusst. Dabei sollten wir beispielsweise auf die Epigenetik verweisen [also die genetischen Faktoren, welche über die Zellumgebung und nicht über die Vererbung beeinflusst werden], aber auch auf Umwelteinflüsse, Familie, soziale Umgebung etc. Dies könnte man auch in Coachings so vermitteln und mittels verschiedener Artikel, welche sich gegenseitig ergänzen" (Tagebuchnotiz, Mail, Valencia, 13.6.2018).

In einer Klinik wurde gar darauf verwiesen, dass die Phänotypen über die Epigenetik verändert werden können (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.2017). Empfänger*innen sind für so eine Argumentation empfänglich. So meinte etwa Erika:

> „Ach, was mich schon sehr interessiert, ist der Einfluss der Schwangerschaft auf die Entwicklung eines Kindes. Also die [...] Komponenten,

die mit einer Schwangerschaft prägend werden. Das finde ich extrem spannend. Weil manchmal entdecke ich bei meiner älteren Tochter so Sachen, wo sie mir enorm ähnlich ist; ist das Zufall?" (Erika, Eizellenempfängerin, Aarau, 16.2.2017).

Ein einziges Mal hat ein Manager einer Eizellenbank die Epigenetik in einem anderen Kontext erwähnt: Er meinte nämlich, dass sie Spenderinnen aus stark toxischen Gebieten nicht aufnehmen würden, und zwar aus epigenetischen Gründen (Carlos, Manager, Milano, 20.3.2017). Dieser gesundheitliche Aspekt der Epigenetik wird zentral von den Genetiker*innen geteilt, beispielsweise von Juan:

„Die Epigenetik ist aus zweierlei Gründen wichtig in Bezug auf Reproduktionsmedizin. Einerseits, weil die epigenetisch verursachten Krankheiten in den In-Vitro-Settings um den Faktor 5 oder 10 multipliziert werden, da sie von Umweltfaktoren abhängen, also beispielsweise vom Nährmittel. Davon, mit welchen äußeren Faktoren die Keimzellen oder Eizellen in Kontakt waren. Na ja, aber diese epigenetischen Krankheiten sind so selten, dass dies statistisch kaum relevant ist. Zudem akzentuiert die Epigenetik die Rolle der Eizellenspenderin noch, da deren Eizellen auch epigenetisch, also über Umweltfaktoren, beeinflusst werden und somit auch diese epigenetisch beeinflussten Dimensionen weitergeben" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Als ich ihn darauf ansprach, dass die Ärzt*innen die Epigenetik immer nur in Bezug auf die Wichtigkeit der Empfänger*innen erwähnten, kam er auf den Unterschied zwischen epigenetischen Effekten bei den Eizellen und Spermien sowie den epigenetischen Effekten der Plazenta zu sprechen:

„Ich glaube, in den Kliniken betonen sie die Epigenetik der Plazenta einfach, damit die Mutter auch spürt, dass sie in diesem Prozess eine Rolle hat. Klar, das ist deswegen. Aber auf striktem biologischem Level ist die Epigenetik der Eizellen viel, viel relevanter" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Während die von mir interviewten Genetiker*innen die Epigenetik also primär in Bezug zur Gesundheit setzten, diente diese im klinischen Kontext vielmehr als Argumentationsgrundlage, die Wichtigkeit der Eizellenempfänger*innen bei einer Eizellenspende zu unterstreichen. Hier wird ersichtlich, wie Wissen strategisch eingesetzt wird, um

gewisse medizinische Prozeduren zu erklären oder auch zu legitimieren. Diese strategische Nutzung des Begriffes der Epigenetik ist auch in dem Kontext zu verstehen, dass die spanische Eizellenspendeökonomie in großem Maße von der transnationalen Eizellenspende abhängt. Auch deshalb scheint es sehr wichtig, die Eizellenspende trotz der immer wichtiger werdenden Kryokonservierung von eigenen Eizellen weiterhin aufrechtzuerhalten.

8.2.3. Die diskursive Unsichtbarmachung von Eizellenspenderinnen

Kontrastierend zu den bisher aufgezeigten Mechanismen der Sichtbarmachung zeige ich nun auf, wie im Prozess der Herstellung des ‚gesunden' Kindes Spenderinnen unsichtbar gemacht werden. Dies beginnt bei der räumlichen Verortung. Bei CREAVIVA beispielsweise ist die spezifische Räumlichkeit des Wartesaals bedeutend: Während die Empfänger*innen in einem Raum mit TV und Musik warteten, wurden die Spenderinnen in einem Korridor untergebracht und dort als Personen quasi unsichtbar. Dies konnte ich selbst erfahren, als ich dort die Spenderinnen interviewte und von den Klinikmitarbeitenden, welche diesen Korridor in ihrem Alltag oft durchquerten, gar nicht mehr wahrgenommen wurde. Als Mitarbeitende durchschritt man diesen Korridor täglich so oft, dass man kaum jedes Mal eine Begrüßung von sich gab; die wartenden Eizellenspenderinnen wurden dadurch quasi zum Inventar (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.11.2018). Ganz ähnlich war es bei einem Besuch einer Klinik in Alicante, in welcher die Fotografin Tamara und ich vom Empfangspersonal zunächst als Eizellenspenderinnen identifiziert wurden. Danach wurden wir irrtümlicherweise zum Gebäude der Eizellenspenderinnen geschickt, welches sich in Ausstattung und Komfort massiv vom Bereich der Eizellenempfänger*innen unterschied (Tagebuchnotiz, Alicante, 19.11.2018, siehe auch gesamte Tagebuchnotiz, S. 40 Kap.3). Die Eizellenspenderinnen wurden aber auch diskursiv systematisch zum Verschwinden gebracht. Etwa indem das entsprechende Feld beim Inkubator nicht mit „Alter der Eizellenspenderin" beschriftet war, sondern mit *Egg Age* (Tagebuchnotiz, Valencia, 23.3.2018). Allgemein wurde im Klinikalltag dann auch immer vom Alter der Eizellen, und nicht vom Alter der Spenderin gesprochen. Als ich José Luis darauf ansprach, meinte er: „Es ist sehr wichtig, nicht vom Alter der Spenderin zu sprechen, sondern dem Alter der Eizellen, um das nicht zu personalisieren" (Tagebuchnotiz, Valencia, 11.7.18, siehe auch gesamte Tagebuchnotiz, S. 80, Kap.5).

Ein weiteres Beispiel für die Unsichtbarmachung der Spenderin ist die Tendenz, mit den Wunscheltern nicht mehr über Eizellen zu sprechen, sondern nur noch den Begriff der Embryonen zu erwähnen. Der Klinikmanager Hectór kommentierte dies folgendermaßen:

> „Die Patientinnen interessieren sich eigentlich nicht dafür, wie viele Eizellen sie kriegen, sondern wie viele Embryonen daraus entstehen. Mehr Eizellen bedeutet nicht gleich mehr Embryonen. Das Einzige, was am Schluss zählt, sind die guten Embryonen" (Tagebuchnotiz, Valencia, 11.7.2018).

Auch diese diskursive Verschiebung weg von Eizellen hin zu Embryonen bringt die Spenderin ein Stück weiter weg von der Empfänger*in und kann als eine Entfremdungsstrategie interpretiert werden. In Gesprächen wurden Spenderinnen auch von ihren eigenen Eizellen entfremdet, wie folgendes Beispiel aus einem Beobachtungsprotokoll aus einer psychologischen Abklärungssession mit der Psychologin von CREAVIVA zeigt:

> „Die Spenderin antwortet auf die Frage bezüglich ihrer Motivation, dass sie anderen Frauen gerne helfen wolle. Darauf antwortet die Psychologin: ‚Ja, das ist ein wichtiger Aspekt, denn die Eizellen, welche du spendest, fließen in eine Bank, und viele Frauen werden dank dieser Bank schwanger'" (Tagebuchnotiz, Valencia, 6.3.2018).

In dieser diskursiven Verschiebung durch die Psychologin ist es nicht mehr die Spenderin, welche zur Schwangerschaft verhilft, sondern die Bank. Es findet also eine Entfremdung der Eizellenspenderinnen von ihren Eizellen statt. Dieser Prozess der Entfremdung wurde schon in anderen Kontexten in Bezug auf Reproduktion aufgezeigt. Emily Martin zeigte etwa auf, wie in den biomedizinischen Geburtspraktiken der achtziger Jahre in den USA Frauen von ihren Kindern ‚entfremdet' wurden: „Wenn die Frauen Kinder gebären, werden sie weniger als Individuen denn als ‚Rohmaterial' betrachtet, aus dem ein ‚Produkt' gewonnen wird. In diesem Prozess werden die Ärzte als diejenigen gesehen, welche das Baby hervorgebracht haben, viel mehr als die Mutter selbst" (Martin 1987, 19). Auch in Bezug auf die Eizellenspende wurde diese Entfremdung der Spenderinnen als ein wichtiges Element für die Bioökonomie aufgezeigt (Cooper und Waldby 2014; Namberger 2019; Nahman 2013; Théry 2012). Die allgemeine Tendenz in Spanien hin zu Eizellenbanken führt dazu, dass ein zusätzlicher Zwischenvermittler zwischen Spenderin und Empfänger*in tritt, was von Nahman

als „*reverse traffic*" (Nahman 2011) bezeichnet wurde. Mit dieser Spezialisierung hin zu Kliniken, welche die Eizellenempfänger*innen behandeln, und Eizellenbanken, welche sich um die Eizellenentnahme bei den Eizellenspenderinnen kümmern, werden diese beiden Subjektpositionen noch einmal mehr voneinander entfremdet.

Diese Distanz wurde von den interviewten Eizellenempfänger*innen durchaus positiv bewertet. So meinte Linda etwa:

> „Es gab durchaus auch Vorteile, dass wir es in Spanien gemacht haben. Also, dass es eine gewisse Distanz gab. Dass ich nicht jetzt an der Migroskasse stehe und denke, ach, regt mich die da vorne auf, und könnte das vielleicht die potenzielle … Weißt du, so … Es ist wirklich eine ganz andere Welt dort. Und da bin ich irgendwie auch froh, auf eine Art. Dass die Distanz dazwischen ist" (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.2017).

Die Distanz zwischen Eizellenspenderin und Empfänger*in hilft Linda, die Eizellenspende zu akzeptieren. Die Entfremdung zwischen Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen ist aber auch ein zentrales Merkmal der Ungleichheitsstrukturen innerhalb der Eizellenspendeökonomie, welches von Seiten der Kliniken in verschiedenster Weise aktiv bewirtschaftet wird. Im Folgenden zeige ich konkreter auf, wie diese Ungleichheitsverhältnisse konsolidiert werden und damit das aktuelle Machtgefälle reproduziert wird.

8.3. Die Konsolidierung der Ungleichheitsverhältnisse

> „Viele Paare, welche herkommen für die Eizellenspende, haben Mühe zu akzeptieren, dass ihr Kind genetisch nicht mit ihnen verwandt ist. Ich mag einen der Sätze, die José Luis immer sagt diesbezüglich. Er sagt den Paaren jeweils: ‚Ok. aber warum sind wir hier? Wollen Sie ein gesundes Kind oder wollen Sie Gene weitergeben? Weil die Gene weitergeben ist eine Sache, das andere ist ein Kind zu wollen, das gesund ist, welchem man zusehen kann wie es aufwächst und welches schließlich ihr Kind ist.' […] Und ich meine das Gute ist ja, die Genetik ist bei uns auch total kontrolliert in Bezug auf Krankheiten. Wir machen ja alle möglichen Tests!" (Maria, Administration, Valencia, 1.7.2018).

Für viele Eizellenempfänger*innen ist das Hauptproblem der Eizellenspende die fehlende genetischen Verbindung zum Kind, das wurde mir sowohl von Eizellenempfänger*innen wie auch von Klinikmitarbeitenden immer wieder bestätigt. Wie im oberen Zitat ersichtlich, kann diese fehlende genetische Verbindung jedoch quasi kompensiert werden mit der Möglichkeit, wenn schon nicht genetisch verwandte, dann zumindest etwas ‚gesündere' Kinder herzustellen (Lafuente-Funes 2017, 267).

Der Weg zum ‚gesunden' Kind geht also über die Selektion der Eizellenspenderin. Damit hat sie eine wichtige Rolle in dieser Bioökonomie und ist gleichzeitig die Subjektposition, welche die geringste Entscheidungsmacht hat, einen Bruchteil des Erlöses aus der Spende als ‚Entschädigung' erhält sowie aktiv unsichtbar gemacht wird. Eine Möglichkeit aufzuzeigen, inwiefern im Klinikalltag dieses Machtgefälle konsolidiert wird, bietet der Begriff des *Mythos*. Barthes schrieb in seinen „Mythen des Alltags", dass ein *Mythos* „bezeichnet und [an]deutet […], er gibt zu verstehen und schreibt vor" (Barthes 2012 (1964), 261). *Mythen* haben also verschiedene Ebenen: Sie symbolisieren einerseits die Instanz, welche den *Mythos* erzählt, aber auch die Geschichte, auf welche sie verweisen, und sie sind normativ, weil sie „zur Natur geworden sind" (ebd. 2012, 280). Damit haben sie eine ähnliche Funktion wie Imaginative, welche über den Verweis auf eine bestimmte Zukunft eine ganz spezifische Gegenwart hervorbringen, jedoch auch auf bestehenden Machtverhältnisse basieren. Der Begriff des *Mythos* erscheint mir in diesem Fall passender, weil er noch stärker auf die strategische Nutzung von Narrativen verweist, über welche die Macht- und Ungleichheitsverhältnisse innerhalb der Bioökonomie konsolidiert werden können.

8.3.1. „Wir nehmen einfach eine andere": Verfügbarkeit

Der Begriff des *Mythos* wurde von Melissa Wright in Bezug gesetzt zu der Idee der Verfügbarkeit von Arbeiterinnen im globalen Süden. Sie nannte dies den *myth of the disposable third world woman* (2006). Damit bezeichnete Wright Arbeiterinnen* in Maquiladoras, welche einerseits wertvolle Produkte für den globalen Weltmarkt herstellen, andererseits in ihrer Tätigkeit zu einer Art industriellem Abfallprodukt werden, welches beliebig ersetzt werden kann (Wright 2006, 2). Diese Charakteristika der Fabrikarbeiterinnen konzeptualisiert Wright als *Mythos*, weil sie in Diskursen auf verschiedenen Skalen zirkulieren, wodurch Machtverhältnisse in globalen Produktionsverhältnissen

normalisiert werden (ebd., 5). Auch die transnationale Eizellenspende ist Teil einer rentablen Bioökonomie und ist in diesem Sinne ein kapitalistischer Verwertungsprozess, welcher auf der Arbeit und dem Rohmaterial von Frauen in ökonomisch prekären Situationen beruht.

> Die *disposable woman* aus der Dritten Welt funktioniert wie andere mythische Figuren, wie etwa der von sich selbst besessene Narziss und der von blindem Ehrgeiz getriebene Prometheus. Diese Figuren verkörpern intrinsische und unabänderliche Problematiken, die nicht nur ihren eigenen Untergang erklären, sondern auch den Untergang realer Menschen, die im Alltag und in verschiedenen Situationen ähnliche Charakterzüge aufweisen. Es mag sein, dass keine reelle Person mit der *disposable woman* aus der Dritten Welt identisch ist, aber durch die Schilderung dieses Mythos sollen wir etwas über reale Frauen lernen, die in realen Fabriken arbeiten und welche die greifbaren Elemente der disposability in ihrem Wesen verkörpern. Der Zweck der Geschichte besteht nicht nur darin, die Hauptfigur und ihr Wegwerfschicksal zu beschreiben. Sie bietet auch eine Vorlage, um die charakteristischen Merkmale weiblicher disposability in realen Situationen zu erkennen und entsprechend mit ihnen umzugehen. Mit anderen Worten: Die Geschichte dient als Vehikel, um die normativen Merkmale und Verhaltensweisen einer Idee der *disposable woman* der Dritten Welt zu etablieren. Sie sagt uns, wie eine *disposable woman* aus der Dritten Welt auszusehen, sich zu verhalten und zu behandeln sein sollte. Daher dient sie als Disziplinierungsinstrument, um die Grenzen dieser Norm zu überwachen (Wright 2006, 5).

Die Spenderinnen in Spanien haben generell eine andere Subjektposition in diesem transnationalen Markt als die nach Spanien reisenden Kinderwunschpaare. Eizellenspenderinnen werden in den verschiedenen Selektionsprozessen stark kontrolliert und in Hinblick auf die Herstellung eines ‚gesunden' Kindes auch selektioniert. Wie eine Psychologin erläuterte, kann die Selektion in diesem Ausmaß jedoch nur stattfinden, „weil wir genügend Spenderinnen haben, […] wenn wir wenig Spenderinnen hätten, dann könnten wir diese Selektion nicht machen" (Alba, Psychologin, Valencia, 6.10.2017). Dieselbe Psychologin führte weiter aus, dass sie deshalb keine unnötigen teuren Diagnosen stellen, sondern Spenderinnen viel mehr aufgrund von gewissen Risikofaktoren ausselektionieren:

> „Wir wollen nur wissen, ob die Spenderin Zeichen und Symptome einer psychischen Krankheit aufweist. […] Wenn ich eine sehr impulsive Spenderin sehe – raus mit ihr. Es gäbe natürlich Diagnosemöglichkeiten, aber das ist sehr teuer und wofür? Wir nehmen einfach eine andere" (Alba, Psychologin, Valencia, 6.10.2017).

Die Spenderin wird in diesem Prozess also zu einer *disposable woman* (Wright 2006), welche einerseits über ihre Keimzellen den zentralen Rohstoff herstellt, mit welchem die Klinik Mehrwert generiert, andererseits als Person beliebig ersetzbar ist. Dies ist gerade für den spanischen Kontext zutreffend, welcher sich auszeichnet durch die extrem große Verfügbarkeit von Eizellenspenderinnen (Rivas, Lores und Jociles 2019, 624). Diese Verfügbarkeit begründet Lisa, eine Spenderin aus Alicante, mit der makroökonomischen Situation Spaniens:

> „Es gibt so viele Kliniken, weil es so viele Spenderinnen gibt. Und ich glaube, das ist wegen der ökonomischen Situation. Es wird viele [Spenderinnen] geben, die das tun, um ihr Studium zu finanzieren, andere die es tun, wie ich, um die Familie zu ernähren. Aber ja, es gibt viel Nachfrage, aber eben auch ein großes Angebot" (Lisa, Eizellenspenderin, Alicante, 31.3.2017).

Auch die breite Anwendung des genetischen Trägertests verweist auf die grundlegende Verfügbarkeit von Eizellenspenderinnen, denn sie ist nur sinnvoll, wenn prinzipiell genügend Spenderinnen vorhanden sind: Bei einer regulären IVF-Schwangerschaft wird für den Fall, dass beide Eltern Träger*innen derselben pathogenen Variante sind, eine Präimplantationsdiagnostik (PGT-M/SR) angeboten. Bei einer Eizellenspende kann die Trägerin jedoch einfach durch eine kompatible andere Spenderin ersetzt werden (Dondorp u.a. 2014, 1356). Eine ausreichende Verfügbarkeit von potenziellen Spenderinnen ist demnach zentral, um sinnvoll selektionieren zu können. Es ist also auch die Verfügbarkeit einer großen Anzahl an Eizellenspenderinnen, welche die Herstellung des ‚gesunden' Kindes ermöglicht.

Diese Verfügbarkeit ist dann aber auch stark rassifiziert. Während gewisse Phänotypen rar sind, ‚gibt es von anderen zu viel'. Eine Vertreterin einer Eizellenspende-Agentur formulierte dies so:

HINWEIS: In der folgenden Tagebuchnotiz und der nachfolgenden Analyse werden rassistische und potenziell verletzende Inhalte wiedergegeben!

> „Es gibt einfach Phänotypen, die sehr gesucht sind, und bei denen gibt es zu wenige Spenderinnen, und dann gibt es Phänotypen, bei welchen es zu viele Spenderinnen hat. Beispielsweise haben wir hier halt viel Immigration aus Lateinamerika. Und da gibt es halt auch viele Spenderinnen, aber wenige Empfängerinnen. Also haben die Kliniken zu viele solche Spenderinnen. Und deswegen müssen wir die manchmal abweisen. [...] Das ist kein Rassismus, aber es gibt nun mal wenige Leute, die zu einer Klinik kommen und sagen ‚ich brauche eine Schwarze Spenderin'" (Laura, Eizellenspenderinnen-Agentur, Barcelona, 10.4.2017).

Auch bei CREAVIVA war dieser ‚Überfluss' an Spenderinnen *of Color* zu verzeichnen, wie eine Beobachtung bei der Person, welche die Spenderinnen den Empfänger*innen zuwies, aufzeigt. Sie kannte die Namen der meisten Spenderinnen *of Color*, weil diese so lange in der Eizellenbank verbleiben. Beim Durchschauen der Datenbank rief sie etwa aus: „Die Latinas kenn ich alle, schau mal hier, die ist schwärzer als Kohle" (Tagebuchnotiz, Valencia, 29.10.2018, siehe auch gesamte Tagebuchnotiz, S. 43 in Kapitel 3). Oder aber: „Die kriegt eine mit grünen Augen, die hat Glück" (Tagebuch, Valencia, 29.10.2018).

Rassistische Aussagen in Bezug auf die Spenderinnen waren im Klinikalltag auch in anderen Situationen sehr häufig. So meinte eine Pflegerin etwa mit Blick auf das von der Spenderin ausgefüllte Formular: „Was heißt hier ‚leicht dunkelhäutig' – Was zur Hölle soll das? Das hier nenn ich ‚Machu Picchu'[29]"? (Tagebuchnotiz, Valencia, 19.11.2018). Eine Embryologin erklärte mir, dass man jeweils am Vornamen sehen könne, wer gerade im OP liegt: „Die heißen alle irgendwie Heidi, Michelle, Jennifer, also die haben so Namen, die so Soap-Opera-mäßig sind. Und daran erkennst du, dass es erstens Spenderinnen und zweitens Südamerikanerinnen sind" (Tagebuchnotiz, Valencia, 31.10.2018).

Verschiedene Forschungen haben aufgezeigt, dass die spanische Eizellenspende in rassistischen Logiken verhaftet ist. Etwa indem *weiße* Körper stärker erwünscht sind als Körper *of Color* (Nahman 2018). Oder in Form von rassifizierten Imaginationen von Eizellenempfängerinnen, welche nach Spanien reisen (Kroløkke 2014), und in der klinischen Kategorisierung von *race* im *Matching*-Prozess von Eizellenspenderinnen zu Empfänger*innen (Bergmann 2014, 182f.). In meiner teilnehmenden Beobachtung verzeichnete ich einerseits rassistische Praktiken

29 Wird als rassistische Beschreibung gebraucht.

im Klinikalltag, aber auch rassistische Strukturen im Sinne eines ‚Überflusses' an nicht-*weißen* Spenderinnen. Dieser ‚Überfluss' verweist auf die strukturelle Verzahnung von *race* und Klasse, da sich nun mehr Leute aus dem globalen Norden Reproduktionsmedizin überhaupt leisten können.

Wie Vertreter*innen verschiedener Kliniken betonten, ermöglicht erst die Verfügbarkeit einer großen Anzahl spanischer Spenderinnen eine Selektion. Gleichzeitig ist diese Verfügbarkeit nur aufgrund der prekären ökonomischen Situation der Spenderinnen gegeben. Spanische Spenderinnen sind meist jung, oft arbeitslos oder, wenn verdienend, dann im Niedriglohnsektor beschäftigt (Lafuente-Funes 2020, 215). Somit hängt die Verfügbarkeit ab von ökonomischen Machtverhältnissen, welche von den Kliniken als solche kaum thematisiert werden. Zudem findet eine gewisse Rassifizierung der verfügbaren Phänotypen statt, indem hellere Phänotypen *biodesirable* (Payne 2015) sind, Südamerikaner*innen oder auch als Z* gelabelte Spenderinnen jedoch als ‚zu viel' angesehen werden.

> „Was die Welt dem Mythos liefert, ist ein historisches Reales, das – wie weit es auch zurückreichen mag – definiert ist durch die Art und Weise, wie die Menschen es hervorgebracht oder gebraucht haben; und was der Mythos zurückgibt, ist ein natürliches Bild dieses Realen. Und wie sich die bürgerliche Ideologie durch das Wegfallen des Namens Bourgeoisie definiert, ist es der Verlust der Historizität der Dinge, der den Mythos ausmacht. Die Dinge verlieren in ihm die Erinnerung daran, dass sie hergestellt worden sind. Die Welt tritt in die Sprache als dialektisches Verhältnis von Tätigkeiten, von menschlichen Handlungen ein – und tritt als harmonisches Tableau von Wesenheiten aus dem Mythos wieder hervor. Ein Zaubertrick hat das Reale umgestülpt, hat es von Geschichte entleert und mit Natur gefüllt. […] Die Aufgabe des Mythos besteht darin, das Reale zu leeren" (Barthes 2012 (1964), 295).

Gleichzeitig verdeckt dieser Mythos der verfügbaren und bioerwünschten Spenderinnen die historischen Bedingungen, welche überhaupt erst dazu geführt haben, dass gewisse rassifizierte Körper in dieser Bioökonomie konsumieren, während andere primär produzieren und als ‚wegwerfbare' Körper benutzt werden.

8.3.2. „Du hilfst ihr, und dir wird geholfen": Altruismus

Es gibt noch einen weiteren Aspekt neben der scheinbar endlosen Verfügbarkeit, welcher die Ungleichheiten der Eizellenspende in Spanien veranschaulicht: Nämlich das Bild der altruistischen Spenderin, eine Idee, welche eng verbunden ist mit der Vorstellung eines selbstbestimmten Subjektes. Der in den Kliniken oft geäußerte Vergleich mit der Organspende ist ein typisches Beispiel dieses *Mythos* der altruistischen spanischen Spenderin. So wurde mir von einem Klinikmanager etwa erläutert, dass Spanierinnen einfach grundsätzlich altruistischer seien als andere Europäerinnen, was auch an der Organspenderate ersichtlich sei, die deutlich höher ist als in anderen Teilen Europas. Wohl deshalb hätten sie hier mehr Spenderinnen (León, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.2017).

Inoffiziell wird jedoch immer wieder betont, dass die Spenderinnen primär aus finanziellen Gründen und daher nicht nur aus intrinsischer Motivation heraus spenden. So meinte etwa eine Embryologin dazu: „Am Tag, an dem nicht mehr für die Spende bezahlt wird, kann man hier schließen" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.7.2018). In der psychologischen Abklärung müssen Spenderinnen jedoch jeweils darlegen, dass ihre Motivation für die Spende auch altruistischer Natur ist. So formuliert die Psychologin von CREAVIVA:

> „Mir ist es wichtig, dass ihnen bewusst ist, was dies für ein Prozess ist. Dass sie gut informiert sind. Und wenn sie noch nicht viel darüber nachgedacht haben und sie es nur aus finanziellem Anreiz tun, dass sie auch an die altruistische Dimension denken. Das ist mir sehr wichtig. Dass es ihnen bewusst ist, was mit diesen Eizellen geschieht. Das heißt, ich sensibilisiere sie dafür, dass sie bei einem Projekt mithelfen, bei einem Traum, einem sehnlichen Wunsch" (Elena, Psychologin, Valencia, 12.7.2018).

„Eine gute Spenderin ist eine gefühlvolle Spenderin, eine einfühlsame Spenderin, eine Spenderin, die sich in die Lage derjenigen versetzen kann, die sich nach einem Kind sehnen. Eine solche Spenderin verbindet emotional ihren eigenen Körper oder ihre Körperteile mit dem imaginären Körper der unfruchtbaren Empfänger*in und wird so zu einer effektiven reproduktiven Arbeitskraft. Für die Klinik ist die Effektivität der Spenderin – im Sinne ihres langfristigen Engagements, ihrer Haftung und Verantwortung

– entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg der Klinik“ (Schurr und Militz 2018, 1634).

Gerade in den psychologischen Abklärungen wird ersichtlich, wie der finanzielle Aspekt von der Psychologin diskursiv zum Verschwinden gebracht wird. Die Spenderin muss jeweils darlegen, dass sie die Spende aus eigenen Beweggründen und frei von ökonomischen Zwängen macht. So paraphrasierte die Psychologin für ihren Rapport eine Spenderin, welche zu ihren Beweggründen meinte „also ich mach das schon vor allem wegen der finanziellen Vergütung, aber auch, dass ich einer Person helfen kann“ mit „du meinst wohl, dass du helfen kannst und dass dir geholfen wird“ (Tagebuchnotiz, Valencia, 6.3.2018). Die Psychologin betont hier sowohl die altruistische Motivation der Spenderin (‚dass du helfen kannst‘), während sie den finanziellen Aspekt ignoe riert. Stattdessen stellt die Psychologin eine Abhängigkeit der Spenderinnen vom Akt der Spende her (‚dass dir geholfen wird‘), welche die Spenderin so nicht benannt hat.

Lafuente-Funes und Orozco zeigen auf, wie der Transfer reproduktiver Kapazität, welche die Eizellenspende beinhaltet, nicht ein singuläres Phänomen ist, sondern vielmehr eingeschrieben ist „in einen Trend, bei welchem sowohl die soziale wie auch die biologische Reproduktion zunehmend von kommerzialisierten Beziehungen zu Dritten abhängig gemacht wird. Damit werden sowohl Sorge- wie auch Reproduktionsketten entlang von Ungleichheitskategorien gebildet“ (Lafuente-Funes und Orozco 2020, 356). In Bezug auf den Altruismus zeigen die Autorinnen Parallelen auf zwischen bezahlter *Care*-Arbeit und der reproduktiven Arbeit von Eizellenspenderinnen. In beiden Sphären wird die Arbeit als altruistische Hilfe anstatt als ökonomisch motivierte Arbeit gerahmt, wobei Altruismus nicht Teil einer Beziehung ist, sondern nur einseitig verstanden wird (ebd., 369). Gerade die vergeschlechtlichte Zuschreibung von Altruismus führt aber sowohl bei der *Care*-Arbeit wie auch bei der reproduktiven Arbeit der Eizellenspenderinnen dazu, dass strukturelle Ungleichheiten innerhalb einer (Bio-)Ökonomie nicht thematisiert werden, weil sie unter dem Deckmantel der Hilfe verhandelt werden.

„Wir denken, dass es nach wie vor wichtig ist, sichtbar zu machen, wie *Care*-Arbeit (einschließlich Fruchtbarkeitsarbeit) tendenziell in Ketten funktioniert: Da diese Art von Arbeit notwendig ist, um Leben zu erhalten und zu reproduzieren, muss sie von jemandem

geleistet werden, damit das Leben weitergeht. In einem Kontext, in dem die Nachhaltigkeit des Lebens nicht vorrangig von sozioökonomischen Systemen bestimmt wird, die sich auf die Erzeugung und Akkumulation von Kapital konzentrieren, bleibt die Frage, wie und von wem das Leben erhalten und reproduziert wird, von großer Bedeutung. Die globalen Versorgungsketten sind an der Aufrechterhaltung des täglichen Lebens beteiligt, sie sind aber auch feminisiert und ungerecht verteilt, so dass diejenigen, die sich am meisten kümmern, am wenigsten versorgt werden" (Lafuente-Funes und Orozco 2020, 372).

Das Zusammenspiel von finanziellen Gründen und einer altruistischen Rhetorik wird dann auch als ein zentrales Merkmal in der spanischen Eizellenspendeökonomie beschrieben (Molas und Bestard 2017; Rivas, Lores, und Jociles 2019). Die altruistische Rhetorik bietet den Eizellenspenderinnen dabei auch die Möglichkeit, ihren Akt trotz dem prekären finanziellen Kontext ethisch zu legitimieren und sich als finanziell unabhängiges, modernes Subjekt zu identifizieren (Molas und Bestard 2017, 497). Gleichzeitig verhindert der Fokus auf Altruismus die Sichtbarmachung der Eizellenspenderinnen als Arbeiterinnen und verschleiert somit die herrschenden Machtverhältnisse (Lafuente-Funes und Orozco 2020, 371).

8.3.3. „Null Risiko gibt es nicht": Risiken

> „Ich begleite die Ärztin Livia heute in ihrem Arbeitsalltag. Zwischen einer Spenderin und der nächsten plaudern wir jeweils über alles Mögliche. Privates und Berufliches vermischen sich. Während wir nun auf die nächste Spenderin warten, frage ich sie, ob sie ihre eigene Tochter eigentlich spenden lassen würde. Sie schaut mich ungläubig an und meint ohne zu zögern: ‚Nein, natürlich nicht' das ist schon mit bestimmten Risiken verbunden – und ich hoffe doch, meine Tochter ist nie in der Situation, dass sie sowas machen muss'" (Tagebuchnotiz, Valencia, 24.4.2018).

Der Umstand, dass die Eizellenspende viszerale Risiken für die Spenderin beinhaltet und gerade Langzeitrisiken noch wenig erforscht sind (Schneider 2008; Downie und Baylis 2013; Kalfoglou und Gittelsohn 2000), steht in starkem Kontrast dazu, wie diese Risiken in der Klinik verhandelt und bewertet werden. Risiko ist per se ein sehr variabler Begriff, oder wie Tremain dies formuliert: „Risiko existiert nicht

losgelöst von den Rationalitäten, Praktiken und Techniken, die dieses kalkulierbar machen und es mit bestimmten Objekten verbinden" (2006, 48). In diesem Unterkapitel soll nun veranschaulicht werden, wie das Risiko in Bezug auf die Spenderinnen in der Klinik verhandelt wird.

Die Formulierung einer Agentur für die Vermittlung von Eizellenspenderinnen an Kliniken ist dafür sehr bezeichnend: „In Bezug auf die Risiken sagen wir den Spenderinnen natürlich zuerst mal, dass null Risiko nirgendwo existiert" (Laura, Eizellenspenderinnen-Agentur, Barcelona, 10.4.2017). In den Kliniken wird das Risiko einer Eizellenspende zwar selten komplett negiert, jedoch tendenziell heruntergespielt. So reagiert etwa eine Psychologin auf die Unsicherheit einer Spenderin, welche fragt, welche Risiken es denn bei dieser Operation gäbe, mit: „Es ist keine Operation, es ist nur eine kleine Intervention" (Tagebuchnotiz, Valencia, 6.3.2018). Bezeichnend für dieses Herunterspielen der Risiken sind auch die Beratungsgespräche der Ärzt*innen. Darin weisen die Ärzt*innen die Spenderinnen bei Unsicherheiten jeweils darauf hin, dass die Risiken der Eizellenspende die gleichen seien wie bei jeder Operation: Infektion und Blutungen. Der Eingriff sei „nicht schlimmer als etwa eine reguläre Blinddarmoperation" (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.5.2018). Zudem wurde in diesen Abklärungen jeweils von einer *sedación* [Teilnarkose] gesprochen, was in Kontrast steht zu den Aussagen des Anästhesisten, welcher ausführte: „Die Patientin, das möchte ich betonen, die schläft komplett. Die hat eine Vollnarkose, keine Teilnarkose. Natürlich mit Medikamenten, die eine sehr kurze Lebensdauer haben, damit die Patientinnen danach schnell nach Hause können" (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.5.2018).

Neben allfälligen Langzeitrisiken durch die hormonelle Stimulation beinhaltet die Eizellenspende sehr wohl gesundheitliche Risiken für die Eizellenspenderinnen im Moment der sogenannten Punktion, also der Entnahme der Eizellen. So wurde eine Spenderin während meiner Feldforschung bei CREAVIVA etwa abgewiesen, weil sie bei der letzten Spende während der Punktion einen *Bronchospasmus* hatte, also ein Verkrampfen der Muskeln der Atemwege (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.2018). Ein Anästhesist erwähnte zudem, dass es während seiner zwanzigjährigen Karriere in Reproduktionskliniken bereits einige lebensgefährdende Situationen gab:

> „Wir hatten hier zum Glück nicht viele solche schweren Komplikationen, aber natürlich hat jeder Anästhesieprozess seine Risiken

[...]. Also die erste Patientin, das war vor etwa vier, fünf Jahren, die hatte, als die Punktion bereits vorbei war und sie in ihrem Zimmer war, einen Atemstillstand. Und das konnten wir uns nicht erklären, weil alle Medikamente hier eine sehr kurze Laufzeit haben. Und nicht nur das, sie begann eine pulmonale Hypoventilation zu entwickeln und war sehr unruhig, und also, es hätte wenig gefehlt und sie hätte einen Herzstillstand gehabt. Und deshalb mussten wir sie notfallmäßig in ein öffentliches Krankenhaus bringen, wo sie 48 Stunden war. Sie brauchte keine weitere Therapie, aber sie hatte auch keine klare Diagnose dafür, was passiert war.

Der zweite Fall ist noch nicht lange her. Das war eine Patientin, welche gegen alle Normen, die du hier überall geschrieben und gesagt kriegst, tatsächlich schwanger wurde. Natürlich ohne dass wir davon gewusst hätten. Also die wurde schwanger während der hormonellen Stimulation. Und deswegen kam die natürlich mit einer unglaublichen Stimulation daher, und das führte zu Problemen, uff. Also die kam mit einer Stoffwechselstörung, mit einer Aszitis [Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle], im OP haben wir ihr drei Liter Aszitis rausgenommen. Und das alles [...] entwickelte sich zu einem Nierenversagen. Diese Spenderin mussten wir sofort in ein Krankenhaus verweisen und zum Glück ist alles gut ausgegangen. Aber die war zehn Tage auf der Intensivstation und weitere zehn Tage zur Überwachung dort, bis sie nach Hause konnte.

Das hat keine weiteren Auswirkungen, aber klar, ihr Leben war in Gefahr. Weil sie wusste ja auch nicht, dass sie schwanger ist. Also mussten wir ihr diese Diagnose geben, als wir feststellten, dass sie viel stärker auf die Medikamente reagierte, als es normalerweise der Fall ist. Natürlich musste sie auch eine Abtreibung durchführen, das war auch für sie klar. Weil sie war über eine Woche lang in Lebensgefahr. Im Krankenhaus haben sie ihr fast 20 Liter Aszitis abgesogen. Und dazu noch weitere Komplikationen, Thromboserisiko etc. Also das war ein sehr schlimmer Fall; es gibt Leute, die sind gestorben an solchen Dingen“ (Marco, Anästhesist, Valencia, 11.7.2018).

Durch die Aussagen des Anästhesisten wird klar, dass die Eizellenspende, obwohl von Kliniken als ungefährlich dargestellt, sehr wohl ein gesundheitliches Risiko für die Eizellenspenderinnen darstellt.

„Wie andere Formen des Outsourcings externalisierte das Outsourcing der Fruchtbarkeit die biologischen Risiken der technisch assistierten Reproduktion (…) an ‚Reproduktionsarbeiter*innen'" (Cooper and Waldby 2014, 61).

Ein statistisch kleines zwar, schließlich spricht der Anästhesist von einigen wenigen Fällen in zwanzig Berufsjahren, aber doch ein vorhandenes. Fälle mit Komplikationen werden zudem oft ans öffentliche Gesundheitssystem ausgelagert, da Kliniken für solche Notfälle nicht ausgestattet sind. Auch die Kosten werden in so einem Fall dann von der Öffentlichkeit übernommen, oder wie dies ein Arzt ausdrückte: „Das ist in Spanien kein Problem, hier übernimmt alles der *Seguro Social* [Sozialversicherung, in Spanien die allgemeine Krankenversicherung]" (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.2018). Die Kosten der von der Klinik in Kauf genommenen Risiken werden also an das öffentliche System transferiert.

Im Gespräch mit den Eizellenspenderinnen wurden diese Risiken kaum erwähnt. Auch die Spenderinnen selbst erwähnten die Risiken eher in Bezug auf das ‚gesunde' Kind als in Bezug auf sich. So antwortete eine Spenderin etwa auf meine Frage, welche Risiken ihr von der Klinik erläutert wurden (und damit meinte ich die Risiken für die Spenderin):

> „Sie [die Klinikangestellten] haben mich schon sehr strikt abgefragt. Ob ich Krebs in der Familie habe, diese Sachen halt. Und dann in der Klinik haben sie mir eine Blutanalyse gemacht. Und ja, die Ärztin hat mir danach den Prozess erklärt" (Rosa, Eizellenspenderin, Barcelona, 18.7.18).

In der Befragung, welche ich mit 30 Eizellenspenderinnen durchführte, fand knapp jede vierte Person, dass sie von der Klinik nicht genügend über Risiken informiert wurde (Abbildung 2). Dabei wurde auch deutlich, dass es primär die kurzfristigen Risiken sind, welche die Eizellenspenderinnen besorgten. Eine Spenderin meinte etwa: „Na ja, ich glaube, es gibt nicht viele Risiken, außer der Anästhesie" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.11.2018).

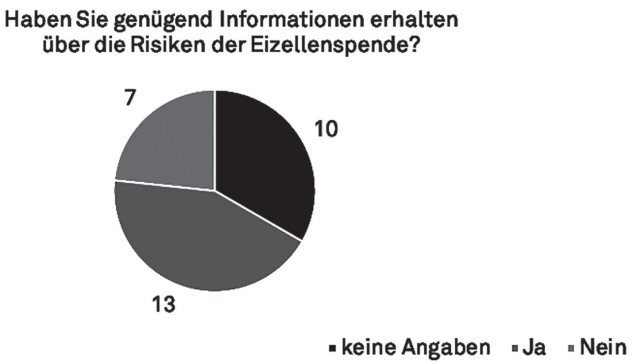


Abbildung 2 Risiken der Spende (n=30)

Auch Pflegepersonen bestätigten, dass sich die Spenderinnen primär für kurzfristige Auswirkungen der Spende interessieren würden, etwa: „Wieviel und wie muss ich mich stechen? Tut das weh? Wie lange dauert das?" (Tagebuchnotiz, Valencia, 24.4.2018).

Wie ich an anderer Stelle bereits bei mexikanischen Eizellenspenderinnen aufgezeigt habe, ist diese unbeschwerte Haltung aber auch mit den konkreten, oft prekären, Lebensverhältnissen zu erklären, welche das Risiko einer Spende unwichtig erscheinen lassen (Perler 2015). Dies zeigte sich auch in Spanien, wie die Aussage einer Spenderin aus Alicante verdeutlicht:

> „Natürlich, meinem Partner hat das schon Angst gemacht, dass ich in einen Operationssaal gehen muss und so. Aber finanziell brauchten wir es einfach, also war es die beste Option in diesem Moment" (Lisa, Eizellenspenderin, Alicante, 31.3.2017).

Der Begriff des Risikos ist also, wie aufgezeigt, sehr variabel und wird je nach Situation anders definiert. Während dem Risiko, ein ‚ungesundes' Kind zu kriegen, im Kliniksetting eine große Wichtigkeit beigemessen wird, ist das Risiko, welches die Spenderin eingeht, kaum ein Thema oder wird von Klinikmitarbeitenden gar heruntergespielt. Je nach Kontext ist die Dimension des Risikos also wichtig oder unwichtig. Diese multiplen Verständnisse koexistieren im Klinikalltag.

8.4. Zwischenfazit

> „Nein, natürlich ist es nicht das Gleiche. Wenn hier eine Patientin anruft, die das Resultat eines genetischen Trägertests verlangt, dann tun wir alles Mögliche, dass die Patientin den Test schnell erhält. Wenn hingegen eine Spenderin anruft, dann ist das schlicht weniger wichtig. Klar, Patientinnen und Spenderinnen werden nicht gleichbehandelt!" (Selena, Genetikerin, Valencia, 20.11.2018).

Eizellenspenderinnen haben in der Reproduktionsklinik nicht die gleiche Position und nicht den gleichen Wert wie Eizellenempfänger*innen oder Embryonen. Gerade im Prozess einer Eizellenspende ist die Herstellung eines ‚gesunden' Kindes als Kompensation für die fehlende genetische Verbindung besonders relevant, was dazu führt, dass die Eizellenspenderin als genetische Mutter eine wichtige Position innehat. Sie liefert das wichtigste ‚Rohmaterial' für die Klinik. Gleichzeitig stellt die Spenderin aber als genetische Mutter eine Konkurrenz für die Eizellenempfänger*in dar. Sie wird deshalb über verschiedene Diskurse und Praktiken im Klinikalltag unsichtbar gemacht.

Einerseits zeigt sich dies in der Ausrichtung der Klinik, welche das ‚gesunde' Kind als Hauptziel hat. Dabei werden diese beiden wichtigen Positionen, Eizellenspenderin und Eizellenempfänger*in, im Kontext der anonymen Spende voneinander entfremdet. Die Tendenz zu mehr Eizellenbanken institutionalisiert diesen Entfremdungsprozess und normalisiert dieses Phänomen (Nahman 2011). Andererseits bestehen diverse diskursive Prozesse, welche die Klinik und die Eizellenempfängerin wie auch den Embryo hervorheben, während die Eizellenspenderin unsichtbar gemacht wird. Diese (Un-)Sichtbarkeiten verschleiern die existierenden Machtverhältnisse innerhalb der transnationalen Eizellenspende. Mit dem Fokus auf die Herstellung von ‚gesunden' Kindern geraten die Eizellenspenderinnen – einmal mehr – ‚in den Schatten' der Klinik (Perler 2015). Spenderinnen sind im Eizellenspendegeschäft nicht relevant als biographische Subjekte, sondern existieren vielmehr als biologisches Rohmaterial. In der wissenschaftlichen Debatte um die Eizellenspende wurde darauf verwiesen, dass man Eizellenspenderinnen nicht in die Opferrolle bringen sollte (Nahman 2008). Ich möchte hier deshalb mit der Aussage einer Eizellenspenderin schließen:

> „Ich vergleiche das manchmal mit der Prostitution. Natürlich ist das nicht dasselbe, aber die Prostituierten werden zu Opfern gemacht und marginalisiert […]. Ihr Verhalten wird hinterfragt, nicht ‚warum' sie sich

prostituieren müssen. Und ich glaube bei diesem Geschäft [der Eizellenspende] passiert etwas Ähnliches, dass man uns zu Opfern erklärt, aber auch dieser Diskurs von wegen ‚ach, die verkaufen ihren Körper' etc., aber in keinem Moment wird gefragt ‚und warum hat es denn Frauen, welche, um finanziell über die Runden zu kommen, ihre Eizellen verkaufen müssen?' Deswegen würde ich hier die Kritik ansetzen, dass in Wahrheit nicht wir das Problem sind, sondern dass etwas nicht so funktioniert, wie es sollte, wenn ich Eizellen spenden muss, um meine Miete zu bezahlen" (Rosa, Eizellenspenderin, Barcelona, 18.7.2018).

Der Blick auf die Positionalitäten innerhalb der Eizellenspende zeigt klare Ungleichheiten und Machtstrukturen auf. Diese bieten die Grundlage dafür, dass die transnationale Eizellenspende heute so funktionieren kann. Der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind ist damit nicht nur eingeschrieben in ableistische Logiken, sondern auch in sozioökonomische Ungleichheitsstrukturen und Machtverhältnisse.

Theoretischer Einschub II: Krankheit, Tod und Technik

Dieter, Reproduktionsmediziner, Fribourg, 31.8.2017

Die Gesellschaft hat kein Verständnis dafür, was Selektion wirklich bedeutet. Es geht nicht um die Auswahl im Sinne von Haarfarbe, Augenfarbe und so weiter. Es geht um die Auswahl des Embryos, welches die besten Chancen bietet, schwanger zu werden. Denn Sie müssen wissen, einige Embryonen können, wenn sie eine Chromosomenanomalie haben, auch Krebs verursachen. Gehen wir also das Risiko ein, diese Embryonen zu übertragen und Krebs auszulösen? Nein, natürlich nicht.

Nachdem nun die sozioökonomischen Machtverhältnisse aufzeigt wurden, welche das Imaginativ als solches bedingen, beschreibe ich nun einige breitere gesellschaftliche Tendenzen, die wichtig sind für das Verständnis der Omnipräsenz des ‚gesunden' Kindes in der Klinik. Der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind ist nämlich auch eingeschrieben in eine historisch gewachsene gesellschaftliche Bewertung von Krankheit, Be_hinderung und Tod in den westlichen kapitalistischen Gesellschaften. Susan Sontag (2016 (1977)) hat dies eindrücklich in ihrem Essay „Krankheit als Metapher" aufgezeigt. Am Beispiel von Tuberkulose im 19. Jahrhundert und Krebs sowie Aids im 20. Jahrhundert hat Sontag demonstriert, wie der sprachliche Umgang mit diesen Krankheiten die gesellschaftliche Phantasie beflügelte und damit auch die Kranken selbst stigmatisierte.

So kontrastiert sie beispielsweise die Darstellung von Krebs- mit Tuberkulosekranken: „Der sterbende Tuberkulosekranke wird als verschönert und seelenvoller gezeichnet; der sterbende Krebskranke hingegen wird als jeglicher Fähigkeiten zur Selbsttranszendenz beraubt, als von Furcht und Qual gedemütigt porträtiert" (ebd., 19). Während Tuberkulose als die Krankheit von vergeistigten, blassen Literaten in Sanatorien romantisiert wurde, wird Krebs gemäß Sontag mit körperlichem Zerfall, dem inneren Zerfressen werden und oft auch mit Selbstverschuldung gleichgesetzt. Krebs wird benutzt, um politisch zu diffamieren, so etwa nannte Trotzki den Stalinismus den „Krebs des Marxismus" (ebd., 71). Krebs ist synonym mit dem „nichtregulierten, abnormen, zusammenhanglosen Wachstum" (ebd., 55), Krebs ist eine „Epidemie", (ebd., 62), Krebs wird mit Kriegsrhetorik beschrieben. Er

ist „invasiv“ (ebd., 56), greift den Körper an, muss mit allen Mitteln bekämpft werden. Krebs wird schließlich, ähnlich wie Aids zu dieser Zeit, mit dem Ende der Hoffnung und einer Absage des Lebens und somit dem Tod gleichgesetzt (ebd., 94).

Ich zitiere Sontag hier so ausführlich, weil dieses Imaginativ eines ‚gesunden' Kindes nur in seiner Abgrenzung zum Gegenpol, diesen „Krankheiten, die nun wirklich niemand will“ (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.18), verstanden werden kann. Die gesellschaftliche Imagination dieser unbedingt zu vermeidenden Krankheiten (meist sind damit auch Be_hinderungen mitgemeint) ist affektiv aufgeladen und wurde genährt von Metaphern, wie Sontag sie beschreibt. Beck-Gernsheim hat dies auch als zentrale Legitimationsstrategie von Befürworter*innen von Reproduktionstechnologien beschrieben.

Reproduktionsmedizin sei in diesem Sinne „im Dienste des Guten […]; für Kinderwunsch und Gesundheit, für Selbst-bestimmung und Freiheit, für Menschenwürde und Fort-schritt, für Forschung, Erkenntnis und Wahrheit; oder konkreter: Gentechnik im Kampf gegen Krebs, Aids usw“ (1991, 84). Interessanterweise fiel in meinen Interviews zum Sinn und Zweck von genetischen Abklärungen oft die Rede auf Krebs, obwohl genetisch vererbbare Krebsarten meist noch gar nicht getestet wurden. Krebs wurde von meinen Interviewpartner*innen vielmehr in Sontag'schen Sinne als Metapher für Tod und Zerfall genutzt. Aber auch der Verweis auf unheilbare genetische Krankheiten wurde oft als Argument verwendet, um die minutiöse Selektion von Eizellenspenderinnen zu legitimieren. Diese genetischen Krankheiten standen also stellvertretend für ein Leben, das man sich nicht wünscht. Sie sollten aber auch autorisieren, mit allen Mitteln die Entstehung dieses unerwünschten Lebens zu verhindern.

Das Imaginativ des gesunden Kindes und die damit verbundene unerwünschte Zukunft wurden weiter geprägt von einer (medizinischen) Kultur, welche Tod und Leiden nicht als integrale Bestandteile des menschlichen Daseins versteht, sondern im Gegenteil als vermeidbare Prozesse. Ivan Illich (1995 (1975)) hat dies in der Schrift „Nemesis der Medizin“ als *kulturelle Iatrogenesis* beschrieben, als Prozess also, durch welchen der Medizinbetrieb die Menschen ihrer Fähigkeit beraubt, Leiden, Schmerz, Tod und Abschied zu erleben (ebd., 91). Illich beschreibt – und idealisiert in gewisser Weise – die vorindustrielle Medizin folgendermaßen:

Tagebuchnotiz, Valencia, 30.10.2018

Ich verbringe den Tag mit dem Anästhesisten der Klinik. Er führt mit allen Patientinnen Gespräche, bevor sie in den Operationssaal kommen. In diesen Gesprächen werden die Patientinnen aufgeklärt über den Ablauf und die Risiken der Intervention. Marco weist zudem jeweils drauf hin, dass man vor der Operation nichts essen soll. Dazu fügt er immer hinzu: „Fasten verlängert das Leben – maßlos essen verkürzt die Lebenszeit. Das ist bewiesen."

„Die kulturell geprägte Gesundheit ist im Stil einer jeden Gesellschaft festgelegt als Kunst, zu leben, zu feiern, zu leiden und zu sterben. Alle traditionellen Kulturen leiten ihre hygienische Funktion aus dieser Fähigkeit ab, dem einzelnen die Mittel zu geben, um Schmerz erträglich, Krankheit oder Schwäche verstehbar und den Schatten des Todes sinnvoll zu machen" (ebd., 92f.).

Rafaela, Embryologin, Valencia, 12.7.2018

Laura: Hast du denn selbst schon einmal einen Gentest gemacht?

Rafaela: Nein. Aber wenn ich es brauchen würde, würde ich es machen. Ich hatte neulich ein Gespräch mit einer Freundin. Ihre ältere Schwester hat seit längerem Brustkrebs und bei der jüngeren Schwester wurde auch kürzlich Brustkrebs entdeckt. Und ihre Schwestern sagen ihr: „Mach einen Gentest. Ich mein, auch wenn die Chancen gering sind, aber ich meine, nutze jede Chance, die sich dir bietet." Das sind immer Informationen, die wichtig sind … ich mein, wenn dadurch Lösungen entstehen.

Laura: Was wäre denn die Lösung hier?

Rafaela: Die Brust zu entfernen. Klar. Wenn ich weiß, dass ich es habe […] Also dann würde ich die Brust einfach wegnehmen. Wenn ich, sagen wir mal, bereits 50 Jahre alt bin, ich brauche die Gebärmutter und die Eierstöcke nicht mehr. Und meine Brust lass ich mir einfach wieder neu aufbauen und das war's. Dann würde ich mir die Brust ohne zu zögern wegnehmen lassen. Alles, was mir helfen würde, nicht in diese Situation zu gelangen, würde ich tun, ohne Probleme.

Die Biomedizin, so führt er aus, würde das Leiden auf körperlichen Schmerz reduzieren und habe das primäre Ziel, diese Schmerzen zu beseitigen und den Tod zu verhindern (ebd., 107). Damit begann gemäß Illich die Nemesis der Medizin, in welcher „[d]ie Gesellschaft insgesamt [...] zur Klinik geworden [ist], und alle Bürger [zu] [...] Patienten, deren Blutdruck dauernd überwacht und reguliert wird, damit er sich ‚innerhalb' normaler Grenzen halte" (ebd., 119). In dieser Gesellschaft erschafft die Bekämpfung von immer neuen Krankheiten eine Kettenreaktion, bei welcher medizinische Expert*innen die Nebenwirkungen des medizinischen Fortschrittes wiederum durch Anwendung immer neuerer Technologien bekämpfen (ebd., 194). Dabei führt Illich aus, dass es der modernen Medizin (und damit meinte er natürlich noch eine Medizin weit vor der heute aktuellen biomedizinischen Praxis) „weniger um die empirische Kunst [geht], heilbare Krankheiten zu heilen, als vielmehr um den rationalen Versuch, die Menschheit vor der Bedrohung durch Krankheit, von den Fesseln des Leidens und sogar von der Notwendigkeit des Todes zu erlösen" (ebd., 183). Der Tod wurde mit der Einführung der Uhr und damit des seriellen Zeitverlaufs als Endpunkt einer zeitlichen Sequenz imaginiert und war so nicht mehr „Ziel des Lebens, sondern sein Ende" (ebd., 129).

Auch wenn die heutige Biomedizin nicht mehr dieselbe ist, sind Illichs Analysen doch in vieler Hinsicht noch aktuell[30]. Auch heute hat die von mir untersuchte Reproduktionsmedizin einen klaren Fokus auf das Vermeiden von Krankheit, löst den Krankheitsbegriff als Gegenpol zur Gesundheit aber eher auf, indem alle potenziell krank sind und Gesundheit eher imaginiertes Ziel als konkreter Zustand ist (Rose 2006, 19; Lock und Nguyen 2018, 50). Die von Illich kritisierten medizinischen Expert*innen sind zumindest teilweise im Patientensubjekt selbst aufgegangen – Selbstmanagement und Selbstverantwortung sind hier die neuen Begriffe – die neuen Expert*innen der Soma sind nicht nur medizinisches Fachpersonal, sondern auch die Individuen selbst, welche sich als medizinische Subjekte begreifen und zum Wohle ihrer Zukunft ihre Gegenwart in Hinblick auf mögliche Risiken gestalten (Rose 2006, 25, 26).

Illich und Sontags Medizinkritik zielt auf eine Gesellschaft, welche einerseits Krankheit und Tod nicht als integrale Bestandteile des Lebens, sondern als die zu vermeidende Zukunft konzeptualisiert,

30 Für eine aktuelle Zeitdiagnose empfehle ich die kurze, aber prägnante Schrift von Byung-Chul Han (Byung-Chul Han 2020: Palliativgesellschaft. Schmerz heute. Berlin: Matthes & Seitz Berlin).

andererseits dieser Zukunft eine starke Wirkungsmächtigkeit zuschreibt, indem das Erleben der Gegenwart durch das Prisma dieser zu vermeidenden Zukunft geschieht. Diese Logik ist die Basis, auf welcher das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes heute aufgebaut ist.

In der IVF-Klinik soll das ‚gesunde' Kind schließlich über konkrete Selektionstechniken hergestellt werden. Die Theorien Jacques Elluls (ferner auch Ivan Illichs) dienen mir im folgenden Kapitel dazu, diese Selektionstechniken zu analysieren. Es wäre vermessen, hier die gesamte Ellul'sche Konzeption der Technik[31] ausführen zu wollen, aber es sollen doch einige Grundsatzideen aufgezeigt werden. Ellul war ein französischer Akademiker, welcher zeitlebens in Bordeaux lehrte – ihn disziplinär zu verorten ist nicht einfach. So wurde er beispielsweise beschrieben als „marxistischer Denker mit anarchistischen Tendenzen" oder auch als „ein überzeugter Protestant, ein Öko-Aktivist vor seiner Zeit, ein Laien-Soziologe oder ein friedlicher Jura-Professor" (Gehrig 2012). Ellul hat bereits 1954 mit seinem Werk „*La Technique ou l'Enjeu du Siècle*" (Ellul 1954) wegweisende Gedanken zum Verhältnis von Technik und Gesellschaft geäußert. Im 1977 erschienenen *Le système technicien* werden diese Gedanken weiter ausgeführt und bieten eine kritische und nach wie vor aktuelle Lesart für die gesellschaftliche Bedeutung von Techniken. Ellul bezeichnet mit Technik nicht nur Werkzeuge im engeren Sinne, sondern allgemeine Produktionsprozesse wie auch Prozesse für die Organisation des sozialen Lebens, also „eine Reihe von Phänomenen" (2012 (1977), 35).

Illich bietet mit seiner Definition der Werkzeuge einen ähnlichen Begriff, denn er bezieht sich damit einerseits auf konkrete Utensilien, aber auch auf „produktive Institutionen wie Fabriken […] aber auch produktive Systeme, die immaterielle Güter wie ‚Bildung', ‚Gesundheit', ‚Wissen' oder ‚Entscheidungen' produzieren" (Illich 1998 (1975), 41). Diese Werkzeuge – werden sie nicht unter politische Aufsicht gestellt – übernehmen nach Illich selbst das Kommando über die Gesellschaft und entwickeln so eine ganz eigene Autonomie (ebd., 30, 129). Ellul wiederum bezeichnet Technik als ein spezifisches Milieu, also als die Mediation zwischen dem Menschen und seiner Umwelt (2012 (1977), 45) sowie als System, dessen zentrales Element die Idee des Fortschrittes ist. Durch diese inhärente Idee des Fortschrittes, so Ellul, reproduziert

31 Ellul macht einen Unterschied zwischen Technik und Technologie: Letzteres ist gemäß Ellul über das ‚logos' bereits eine Interpretation der Technik. Gerade im Bereich der Reproduktion hat sich der Technologiebegriff aber mittlerweile stark durchgesetzt, weshalb er in diesem Buch stärker zum Tragen kommt.

sich dieses System in immer neueren Variationen selbst und entfaltet so auch seine Wirkungsmächtigkeit (ebd., 91).

Wichtig für das vorliegende Buch ist dabei, dass die Technik einen holistischen Aspekt hat, denn soziale, politische, ökonomische Faktoren, welche mit dieser in Verbindung stehen, werden durch sie und mit ihr verändert (ebd., 93). Elluls Konzeptualisierung der Technik ist somit sehr anschlussfähig an das Konzept der *socio-technical Imaginaries*, welches besagt, dass spezifische Imaginative auf Wissenschaft und Technik beruhen und diese gleichzeitig weiter tradieren (Jasanoff und Sang-Hyun 2015, 4). Während der Begriff der *socio-technical Imaginaries* jedoch stärker auf die spezifischen Realitäten verweist, welche über Imaginative erschaffen werden, kann mit Elluls Technikbegriff die produktive Dimension der Technik an und für sich besser analysiert werden.

9. Zukunftsvisionen: Technik und Fortschritt führen zum ‚gesunden' Kind

9.1. Audioauftakt
Klicke hier oder fotografiere den QR-Code,
um zum Auftakt dieses Kapitels zu gelangen.



Die Stimmen aus der Klinik sprechen eine klare Sprache: Menschen wollen ein ‚gesundes' Kind. Und der Weg zum ‚gesunden' Kind führt in der IVF-Klinik über Technik. Diese Technik wiederum ist unaufhaltbar: „Verbieten können wir [die genetischen Tests] nicht. Wenn wir es hier verbieten, gehen die Leute anderswohin" (Hectór, Klinikmanager, Valencia, 4.11.2019). Elena, eine Klinikpsychologin, machte zudem eine bezeichnende Aussage in Bezug auf die neue Ausgangslage, welche IVF kreiert: In eine IVF-Klinik zu kommen sei wie in ein Restaurant zu treten, in welchem man gefragt wird: „Wollen Sie den besten Tisch, das beste Menü, die beste Aussicht, den besten Wein? Oder überlassen wir das dem Zufall?" Klar, schließt Elena, dass man da wählt.

Meine Arbeitsdefinition eines Imaginativs

Ein Imaginativ setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Es beruht auf Ungleichheitsstrukturen und (re)produziert Machtverhältnisse.
2. *Es bezeichnet kollektiv geteilte Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Ängste, welche die Zukunft betreffen.*
3. Es bringt dadurch spezifische Gegenwartspraktiken hervor.

Aber was bedeutet das, wenn man plötzlich wählen kann? So klar dieser Entscheid auf den ersten Blick erscheint, es lassen sich auch Fragen dazu stellen: Wer definiert, was das Beste ist für die Gäst*innen? Ist das Beste für alle das Gleiche? Welche Vorstellungen haben die Kellner*innen vom Besten? Wer kocht hier überhaupt? Welche Zutaten werden benutzt – und wie werden diese ausgewählt? Und inwiefern beeinflusst die Idee, dass es noch bessere Weine, ein noch besseres Menü und noch spektakulärere Aussichten gäbe, unser kulinarisches Erlebnis?

Dieses Kapitel hat zum Ziel, solche Fragen in Bezug auf das ‚gesunde' Kind zu stellen: Wie stellen sich die verschiedenen involvierten Akteur*innen die ‚gute' Zukunft vor? Wie wird diese (technisch) hergestellt? Und inwiefern definieren diese Vorstellungen die aktuelle Praxis der Reproduktionsmedizin und deren Erleben? Ich werde dafür die Verbindungslinien zwischen dem ‚gesunden' Kind und der Technik, welche dieses hervorbringen soll, in den Zukunftsvisionen der involvierten Akteur*innen aufzeigen. Dabei dienen mir die im „theoretischen Einschub" eingeführten Technikanalysen als primäres Analyseraster.

9.2. Diskurse aus der Klinik

Im dritten Monat meiner Feldforschung saß ich an ‚meinem' Platz im administrativen Bereich von CREAVIVA und arbeitete. In einem Nebenzimmer fand eine Sitzung mit einer ausländischen Partnerklinik statt, zu welcher ich zu meiner Verärgerung nicht eingeladen wurde. Plötzlich kam José Luis, der Chefarzt, aus dem Sitzungszimmer in unser Büro gestürmt. Er schrie in seiner für ihn typischen Art:

> „Also, wenn es nach mir geht, machen wir alles, *hijo de puta* (Hurensohn), Ov05, Blastozystenstadium, genetisches Matching und PGS (Präimplantationsdiagnostik) – als letzten Schritt PGS. Damit ich der *Señora* sagen kann ‚Sie wollen ein gesundes Kind? Ich werde *alles* dafür tun, dass Sie eines kriegen!' Weil ich sag euch jetzt was. Die Frauen kommen nicht hierher, um schwanger zu werden. Nein. Schwanger werden ist nur ein Schritt. Aber in Wahrheit kommen sie hierher, weil sie ein *gesundes Kind* mit *nach Hause nehmen wollen*. Und eine Schwangerschaft ist *NICHT* gleich ein gesundes Kind. Deswegen, meine Lieben, werden wir das ab jetzt für alle durchexerzieren: Tag 5, Blasto, genetisches Matching und der letzte Schritt wäre PGS" (Tagebuchnotiz, Valencia, 18.4.2018, *eigene Hervorhebung*).

Die Tagebuchnotiz verweist in verschiedener Hinsicht auf zentrale Diskurse in der Klinik. Der Verweis des Arztes auf den Wunsch der Empfänger*innen zielt direkt auf das von mir analysierte Imaginativ des ‚gesunden' Kindes. Dabei konstruiert er die Patientinnen in der Aussage „sie wollen ein gesundes Kind nach Hause nehmen" viel mehr als selbstbewusste Konsumentinnen denn als bedürftige Patientinnen. Diese Aussage zeigt auch die Verortung in einer ganz bestimmten ökonomischen Sphäre – der Privatklinik. Der Verweis auf den Wunsch

von Patientinnen kann zudem als die in der Klinik dominante „Gefühlsstruktur" (Williams 2015) verstanden werden: Also als das Ensemble von Wünschen und Hoffnungen, welche die Basis für das Geschäft der Kliniken darstellt. Das ‚gesunde' Kind wird aber auch zum „ultimativen Argument" (Siegl 2018), mit welchem die ganzen Technologiefolgen, also „Ov05, Blastozystenstadium, genetisches Matching, PGS" gerechtfertigt werden.

Gemäß Ellul ist dies bezeichnend für die gesellschaftliche Bewertung von Technik: Diese werde oft als reines Mittel verstanden, welches als solches auch nicht bewertet wird; eine gesellschaftlich-ethische Bewertung würde erst beim Ziel gemacht, was dazu führt, dass sich die Technik unreflektiert verbreiten kann (2012, 263). José Luis zeigt mit seiner Aussage auch die Verbindung vom Imaginativ des ‚gesunden' Kindes mit konkreten medizinischen Selektionstechniken auf. Damit verweist er auf die Materialität des Imaginativs, welches nicht nur ein Wunsch ist, sondern auch konkreter Techniken bedarf, um erfüllt zu werden. In diesem Sinne zeigt die Aussage den Zusammenhang zwischen drei zentralen Dimensionen des Imaginativs des ‚gesunden' Kindes auf: Bestimmte Zukunftsvisionen, eine spezifische Haltung zur Technik sowie die Notwendigkeit von (genetischer) Selektion. Dabei, dies eher als kontextuelle Ebene, spielen sich die Prozesse in einer spezifischen Bioökonomie ab.

9.2.1. „Sex für den Spaß, die Klinik für die Fortpflanzung": Die Zukunftsvision

> „Also ich glaube das Konzept der Reproduktion wird sich in Zukunft verändern. Man dachte ja immer, dass man mit der Reproduktionsmedizin unfruchtbaren Paaren hilft. Aber ich glaube, diese Kliniken werden in Zukunft zu Kliniken menschlicher Reproduktion, ob nun assistiert oder nicht. Dort gehen Leute hin, welche Kinder kriegen wollen und welche mehr Sicherheit haben wollen. Wenn du keine Fruchtbarkeitsprobleme hast, brauchst du vielleicht ein genetisches *Matching*, ein Karyotyp, eine genetische Beratung oder du willst deine Eizellen einfrieren lassen für später. […] Ich glaube, in Zukunft muss man die Reproduktionsmedizin von der Unfruchtbarkeit trennen. Dann wird es Zentren geben, wo die Leute hingehen, um sich fortzupflanzen. Manchmal wird man Techniken der assistierten Reproduktion nutzen, manchmal nicht. Manchmal wird man sagen ‚Sie und ihr Partner sind perfekt. Gehen Sie nach Hause und haben Sie Kinder'. Das wird aber natürlich fast nie so vorkommen, wir sind

> ja alle Träger bestimmter Krankheiten und die Panels entwickeln sich immer weiter. Das wird also eher so ein universales Konzept der Reproduktion. Das ist natürlich nur so eine generelle Idee von mir (lacht)“ (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Die Aussage dieses Genetikers ist paradigmatisch für die Zukunftsvisionen, welche in der Klinik zirkulieren. Dabei sind zwei Elemente zentral. In der Zukunft wird sich die Reproduktionsmedizin normalisieren – alle werden sich in der Klinik reproduzieren. Oder, wie dies ein Arzt formulierte, „Sex für den Spaß, die Klinik für die Fortpflanzung“ (Ricardo, Arzt, Valencia, 1.10.2018). Was für unfruchtbare Paare wie auch für viele *queere* Menschen also bereits heute eine alltägliche Sache ist, soll in Zukunft für alle so sein. Die Reproduktionsmedizin ist dabei aber nicht mehr primär für Unfruchtbarkeit zuständig, sondern wird als ‚sichere' Reproduktion verstanden, welche die Risiken für Krankheiten und Behinderungen minimiert. Wie Shelley Tremain dies am Beispiel von Pränataldiagnostik aufzeigte, erfordert gerade diese Art von normalisierenden Techniken eine machtkritische Betrachtung:

> „Ein radikales Monopol kann sich etablieren, wenn die Menschen ihre ureigenen Fähigkeiten […] aufgeben, um etwas ‚Besseres' zu bekommen, das ihnen nur ein wichtiges Werkzeug geben kann“ (Illich 1998 (1975), 86).

> Wenn die theoretische Analyse dieser Praktiken von ihrem derzeitigen Standort im Bereich der Bioethik in den Bereich der Biopolitik verlagert würde, könnte sich der Ausgangspunkt der Untersuchung von Argumenten über den ‚beeinträchtigten Fötus' hin zu einer dichten Beschreibung der administrativen, medizinischen, pränatalen, wissenschaftlichen und diskursiven Konstitution von ‚Beeinträchtigung' durch diese Normierungstechnologien verschieben (Tremain 2006, 49).

Die *Disability Studies* rücken gesellschaftliche und kulturelle Wandlungsprozesse im Umgang mit den grundlegenden Erfahrungen menschlicher Vergänglichkeit, Krankheit, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit in den Blick: Sie untersuchen, wie, unter welchen Bedingungen und mit welchen Folgen Deutungsmuster, Theorien und Modelle von […] Abweichung, von Abnormalität, Andersheit oder Fremdheit entstehen (Dederich 2015, 19).

Die Reproduktionsmedizin der Zukunft wird dabei also mit einer neuen, viel umfassenderen Bedeutung aufgeladen. Es handelt sich nicht mehr um ein Thema für einige wenige (unfruchtbare) Menschen, sondern um die Lösung für die Mehrheit der Gesellschaft. Es ist genau dieser Aspekt der Verbindung von ableistischem Gedankengut und einer technisierten Reproduktion, welche uns aufhorchen lassen sollte. Der Blick auf die ‚Konstruiertheit' von lebenswertem Leben ist unabdingbar für eine emanzipatorische Reproduktionspolitik.

Dass es sich dabei mit Illich (1995; 1998 (1975)) gesprochen um einen „iatrogenen Zustand" handelt – also um ein Bedürfnis, welches primär erschaffen wird über die neuen Möglichkeiten des medizinischen ‚Fortschrittes' – ist offensichtlich, basiert die hier imaginierte Reproduktion doch ausschließlich auf medizinisch-technischen Möglichkeiten; sie wäre ohne diese Techniken gar nicht denkbar. Damit erschafft sich die Reproduktionsmedizin das, was Illich ein „radikales Monopol" genannt hat, also den Umstand, dass „ein einziger Produktionsprozess der Befriedigung eines starken Bedürfnisses dient und nichtindustrielle Tätigkeiten vom Wettbewerb ausgeschlossen sind" (Illich 1998, 83). Die Möglichkeit der nicht assistierten (in Illichs Worten nichtindustriellen) Fortpflanzung ist in einer Gesellschaft, in welcher sich die Maximierung von Potenzial, Gesundheit und Lebensqualität in einer selbstverantwortlichen „Verpflichtung, besser zu werden" (Rose 2006, 27) niederschlägt, wenn nicht unvorstellbar, so zumindest negativ bewertet (ebd., 25). Die imaginierte Reproduktionsmedizin der Zukunft bezeichnet damit einen Vorgang, welchen Elisabeth Beck-Gernsheim bereits 1991 prophezeite:

> Das Endstadium ist absehbar: Alle Frauen und Männer werden als potentielle Klienten definiert – jetzt freilich nicht mehr, um direkte Gesundheitsschäden abzuwenden, sondern wegen der ‚Effektivitätsvorzüge' des technischen Zugriffs über die Zufälle, die Unberechenbarkeit und Störanfälligkeit der Natur (1991, 42).

Dabei sind die Zukunftsvisionen generell in ein Fortschrittsnarrativ eingeschrieben, wie das folgende Gespräch mit einem Klinikmanager zeigt:

> „Vor hundert Jahren, als sie diese Übung machten, sich zu überlegen, wie die Welt in Zukunft aussieht, waren es wohl die Raumschiffe oder das Fliegen mit mechanischen Geräten. Das waren wohl die Dinge, die man sich so vorstellte. Nun liegen die großen Fortschritte in der weiteren Vernetzung, der Genetik und der Biologie. Also es sind eigentlich zwei verschiedene Richtungen. Heute ist zum

Mars oder in den Weltraum zu gehen viel weniger interessant, sondern es geht mehr in die Richtung, den Menschen in seinem Wesen manipulieren zu können. Aber die Menschen in hundert Jahren werden diese Debatten, die wir heute erleben, als sehr primitiv empfinden. So wie wenn wir die ersten Zeichnungen der Raumschiffe sehen, die zum Mond fliegen. So etwas in der Art. Und die Reproduktionsmedizin ist meines Erachtens eines der Dinge, die die Gesellschaft der Zukunft maßgeblich beeinflussen werden" (Hectór, Klinikmanager, Valencia, 4.11.2019).

„Jeder weiß natürlich, dass die Technik auf die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen reagiert. (...). Der Mensch ist immer dem nachgelaufen, was seinen Hunger stillt, er hat immer nach effizienteren Mitteln gesucht, er hat immer versucht, seinen Schmerz zu ersparen, er hat immer seine Sicherheit gewährleisten wollen. Er hat versucht, zu wissen und zu verstehen. Er träumte davon, den Mond zu betreten und ins Weltall zu reisen. Er hat davon geträumt, das Feuer des Himmels zu beherrschen [...] Die Technologie erfüllt seine ältesten Bedürfnisse und seine jüngsten Wünsche. Sie gibt seinen Träumen Substanz: Sie ist die Antwort auf seine Wünsche" (Ellul 2012 (1977), 325).

Die Reproduktionsklinik der Zukunft wird dabei als besser, umfassender und weitreichender gezeichnet als die heutige Reproduktionsmedizin. Dies zeigen etwa folgende Aussagen einer Krankenpflegerin und eines Arztes zu der Frage, wie die Reproduktionsmedizin in zehn Jahren wohl aussieht:

„Die Reproduktionsmedizin in zehn Jahren? Uff, wenn ich schon sehe, wie schnell das bisher ging, keine Ahnung. Es wird sicher alles viel genauer, die vererbbaren Krankheiten werden ein großes Thema, die Selektion der besten Embryonen, die Dosis der Medikamente wird man viel besser anpassen können. Man wird viel ausgefeiltere Techniken haben. Die große Veränderung wird in der Genetik liegen, das ist sicher" (Sara, Krankenpflegerin, Valencia, 27.6.2018).

„Puh, die Reproduktionsmedizin in zehn Jahren zu beschreiben ist schwierig. Denn hier gibt es von Jahr zu Jahr riesige Veränderungen. Wir werden sicherlich viel, viel mehr wissen. Und was auch sicher ist: Die Behandlungen werden viel standardisierter sein. Denn die Technologie hilft uns dabei, das alles immer weiter zu verbessern" (Ramón, Arzt, Valencia, 4.7.2018).

Dass die Zukunft als zwangsläufig besser als die Gegenwart gezeichnet wird, wurde von Ellul als die *Totalisierungstendenz* der Technik beschrieben, welche durch den inhärenten Fortschrittsaspekt eine ganz bestimmte – technisierte – Zukunft produziert:

> „Wenn eine Technik verschwindet […], dann deshalb, weil sie durch eine andere ersetzt wird, die gleichwertig, aber überlegen ist […] Am auffälligsten ist die ständig wiederholte Behauptung, dass das technische System in zehn Jahren, in zwanzig Jahren ‚vollständig' sein wird […]. auf der einen Seite zersetzt und eliminiert die Technik allmählich alles, was nicht technisiert werden kann […], und auf der anderen Seite versucht sie, die gesamte Gesellschaft aus der technokratischen Totalisierung heraus zu rekonstruieren" (Ellul 2012, 207, 210).

Nun könnte man einwenden, dass es sich hier ja ‚nur' um Zukunftsvorstellungen – und damit um eine imaginäre Sphäre handelt. Die Idee des Imaginativs erlaubt es jedoch, diese Vorstellungen als Phänomene zu denken, welche die Strukturierung der Zukunft in der Gegenwart maßgeblich beeinflussen (Jasanoff und Sang-Hyun 2015, 28). Sie sind eben nicht einfach ‚nur' Imaginationen, sondern haben ganz konkrete materielle Auswirkungen auf das Hier und Jetzt. Die Normalisierung von gewissen Prozessen über Imaginative zeigt sich anschaulich in der Meinung der Klinikmitarbeitenden zu konkreten Techniken.

9.2.2. „Das meiste wird wohl besser, oder?": Die Technik

> „Die Fortschritte der Wissenschaft und der Technologie, na ja, die bieten immer mehr Möglichkeiten, oder? Dabei werden die Prozesse immer weiter verfeinert, die Behandlungen immer kürzer, sicherer, effizienter ganz allgemein. Ich glaube schon, die Wissenschaft ist sich schließlich immer weiter am entwickeln und progressiv, und dabei wird das meiste wohl besser, oder?" (Elena, Psychologin, Valencia, 12.7.2018).

Ein zentrales Merkmal der Zukunftsvisionen der Klinikmitarbeitenden ist ihre Technik- und Fortschrittsaffinität. Dabei sind zwei Dimensionen wichtig: Einerseits die Meinung, dass Wissenschaft und Technik per se Verbesserungen bringen und andererseits ein gewisser Zwang, den Möglichkeiten der Technik Folge zu leisten. Diesen Zwang hat Elisabeth Beck-Gernsheim als grundlegende Schwierigkeit von Reproduktionstechnologie beschrieben: diese „erzeugt nicht nur neue Wahlmöglichkeiten, sondern lässt auch alte verschwinden; sie schafft nicht

nur Freiräume, sondern auch neue Zwänge, Kontrollen und Abhängigkeiten“ (Beck-Gernsheim 1991, 34).

„Ich glaube, dass dies einer der schwerwiegendsten und entscheidendsten Irrtümer über den technischen Fortschritt und über das technische Phänomen selbst ist. Technik entwickelt sich nicht nach den zu verfolgenden Zielen, sondern nach den bereits vorhandenen Wachstumsmöglichkeiten“ (Ellul 2012 (1977), 263).

Die Akteur*innen selbst beschreiben diese neuen Möglichkeiten nicht als Zwänge, sondern vielmehr als neue Optionen und Möglichkeiten, was an sich bezeichnend ist für das westlich-kapitalistische Selbstverständnis „welches das Leben als ein Projekt begreift, das von den Werten der Autonomie, der Selbstverwirklichung, der Besonnenheit, Verantwortlichkeit und Wahlmöglichkeiten geprägt wird“ (Rose 2006, 125).

Dabei kann in einem Ellul’schen Verständnis auch dieser neuen Freiheit ein Zwangscharakter zugeschrieben werden, denn „der Mensch tut, was die Technik ihm erlaubt zu tun“ (Ellul 2012 (1977), 153). Technik ist in diesem Verständnis ein autonomes System, welches sich weder nach moralischen Prinzipien richtet noch sich moralisch bewerten lässt (ebd. 2012 (1977), 152). Infolgedessen wird sie unaufhaltbar: „[Die Technik] muss keine Begrenzung mehr fürchten, da sie außerhalb von Gut und Böse steht“ (ebd. 2012 (1977), 154).

„In einem Zeitalter der biologischen Vorsicht, in dem Individuen, insbesondere Frauen, verpflichtet sind, die Verantwortung für ihre eigene medizinische Zukunft und die ihrer Familien und Kinder zu übernehmen, werden diese ethischen Grundsätze unweigerlich zu Mikrotechnologien für das Management von Kommunikation und Information, welche unausweichlich normativ und richtungsweisend sind“ (Rose 2006, 29).

Dabei legitimieren sich Technik und Wissenschaft gegenseitig: Man erforscht, was technisch möglich ist und somit wird die Technik zur Basis der Wissenschaft, was schließlich dazu führt, dass aus der Technik eine neue – technikaffine – Ethik erschaffen wird (ebd. 2012, 156). Diese technikaffine Ethik ist in den Erzählungen der Klinikmitarbeitenden, aber auch in den Dokumenten omnipräsent, welche die Kliniken zu Werbezwecken verteilten. So meint etwa eine Embryologin zur Notwendigkeit von genetischen Tests:

> „Also wenn ich einer Patientin eine Eizelle mit einer genetischen Mutation gebe und diese mit einem Sperma zusammenbringe mit derselben Mutation und daraus entsteht dann ein krankes Kind, wenn ich das verhindern kann, dann ist es nur ethisch, das auch zu tun" (Verónica, Embryologin, Valencia, 13.7.2018).

In den Artikeln eines Katalogs einer Klinik aus Alicante geht es um die Vorzüge der Präimplantationsdiagnostik, um neue Entwicklungen der Reprogenetik oder aber um den Nutzen von genetischen Trägertests. Diese seien „ohne Zweifel Schlüsselmomente in der Reproduktionsmedizin" (Instituto Bernabeu 2018, 10), das komplette Chromosomenscreening und die DNA-Sequenzierung „revolutionär" (ebd., 11, 49). Die verschiedensten genetischen Möglichkeiten würden es erlauben „von einer Palliativmedizin zu einer Medizin zu gelangen, welche antizipierend eingreifen kann" (ebd., 10). Grundsätzlich wird festgestellt:

> „Die Wissenschaft und die Genetik, zusammen mit der Reproduktionsmedizin [...] erlauben damit nicht nur immer mehr Paaren ihren Traum, Eltern zu werden, verwirklichen zu können, sondern sorgen auch dafür, dass ihre Kinder gesund und frei von Krankheiten geboren werden. Die Zukunft ist vielversprechend" (ebd., 10).

Der Aspekt der Verselbstständigung der Technik, welche zu einer neuen Ethik wird, zeigt sich auch in einer Aussage eines Genetikers zur generellen Rolle der Genetik in der Zukunft:

> „Natürlich, in Zukunft muss die genetische Beratung eine zentrale Rolle in unserem Leben spielen. Sowohl in der Reproduktionsmedizin, aber auch in Spitälern, in Schulen. So wie vor hundert Jahren mit dem Aufkommen der sozialen Rechte. Die Leute wussten nicht, was ein Lohn war, und heute weiß das jeder – weil das Wissen sich verbreitete, weil man das erklärt hat. Und heute ist das dasselbe. Du musst wissen, was eine genetische Krankheit ist und wie sich die überträgt. Wenn du ein reproduktives Projekt hast, bevor du Kinder hast, musst du wissen, was man alles wissen kann. Dann kannst du entscheiden, was du tun wirst. Natürlich bist du vielleicht nicht ganz frei, so wie du vorhin meintest, aus sozialen Gründen ... aber das Wissen ist Freiheit in einer strikten Auslegung. Wenn du nichts weißt, dann kannst du gar nichts entscheiden. Das ist dann Sklaverei, nichts zu wissen (lacht)" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Die Aussage von Juan verweist auf diese neue Ethik, welche über die Technik, in diesem Fall über die genetischen Techniken wie PGT und genetischen Trägertest, erschaffen wird. Dabei wird das Nicht-Wissen gar zur Antithese von Freiheit, also zu Sklaverei. Die Nutzung der Technik wird dadurch als eine neue Freiheit und gleichzeitig auch als neue Normalität konzeptualisiert. Ein weiterer Genetiker meint dazu, dass der genetische Trägertest sich so normalisieren sollte wie der Ultraschall bei Schwangeren (Manuel, Genetiker, Valencia, 12.11.2018). Dabei wird aber auch immer betont, dass Technik mit Kosten verbunden ist und deshalb möglichst demokratisiert werden müsste:

> „Na ja, natürlich hat das auch eine ökonomische Komponente [...] Heute können wir mit dieser Technologie schon total viele gesunde Leute analysieren zu vernünftigen Kosten. Noch vor einigen Jahren hat man nur die Leute analysiert, welche ein Risiko vorgewiesen haben [...] die Technologie ist gut, aber sie ist immer noch teuer und man kann sie immer noch nicht in wirklich breitem Maßstab anwenden" (Manuel, Genetiker, Valencia, 12.11.2018).

Technik wird in den Diskursen der Klinikmitarbeitenden und Genetiker*innen also in einer generellen Fortschrittslogik gedacht: Dabei wird die korrekte Nutzung der Technik als ethisches Handeln verstanden, und es wird der breite Zugang zu diesen Techniken gefordert. Schließlich bezeichnen die Zukunftsvisionen und Technikvorstellungen aber immer auch spezifische Selektionsprozesse.

9.2.3. „Die genetischen Trägertests sind zentral": Der Weg zum ‚gesunden' Kind

Anhand der Aussagen der Klinikmitarbeiter*innen wird ersichtlich, dass gerade die genetischen Selektionsmechanismen den primären Weg darstellen vom Wunsch nach einem gesunden Kind zu dessen Realisierung. Zwei Embryologinnen führen dies folgendermaßen aus:

> „Genetik bedeutet für mich, über die assistierte Reproduktion gesunde Babys zu bekommen. Auch dass wir mehr Krankheiten bei Erwachsenen studieren können, um über molekulare Technologien Krankheiten heilen zu können. Das ist Genetik für mich. Weiterzukommen für die Gesundheit der Menschheit" (Verónica, Embryologin, Valencia, 13.7.2018).

„Ich glaube, die genetischen Trägertests sind zentral. Weil die Spenderinnen können Trägerinnen sein von sehr schlimmen Krankheiten, von denen sie nicht mal wissen, dass sie sie haben und du bringst diese Krankheiten dann in die genetische Linie einer Familie. Also, deshalb finde ich den Teil der genetischen Analyse der Spenderinnen absolut notwendig, sowohl bei Samenspendern wie auch bei Eizellenspenderinnen" (Rafaela, Embryologin, Valencia, 12.7.2018).

Dabei wird aber auch immer hervorgehoben, dass genetische Selektion – im Gegensatz zu Kontexten wie beispielsweise den USA – nur angewandt wird für Krankheiten und damit in Spanien keine sogenannten *Designerbabies* entstehen.

„Experten entmündigen ihre Konkurrenz und ihre Klienten nicht nur, indem sie alle außerhalb ihres esoterischen Zirkels als Laien degradieren, sondern auch, indem sie diesen Laien Bedürfnisse zuschreiben. Damit schließt sich ein Zirkel: Experten monopolisieren Mittel und Techniken und beanspruchen darüber hinaus auch das exklusive Recht festzulegen, wofür diese gebraucht und eingesetzt werden müssen […]. Mit dem Recht, Bedürfnisse zu definieren und die Mittel zu deren Befriedigung zu monopolisieren, errangen Experten eine Macht, die historisch beispiellos ist" (Samerski 2002, 66).

Diesbezüglich meint Leon, ein Klinikmanager aus Barcelona:

„Was wir tun, ist ein *Depistage* von Krankheiten, die schwerwiegend sind. Nicht, dass ein Kind längere Finger oder mehr oder weniger Haare hat oder blond oder dunkel ist. Was wir suchen, sind wirklich Krankheiten die a.) entdeckt werden können und b.) schwerwiegend sind. Ein Kind mit einem längeren Fuß als dem anderen, das kann man weder herausfinden noch ist es behindernd. *Aber es gibt eine ganze Reihe von Krankheiten, die nun wirklich niemand will. Dieses Panel bleibt nicht gleich, es wird ständig modifiziert und es kommen immer mehr Krankheiten hinzu*, und das Einzige, was wir tun, ist: Wir schauen, dass wir bei den Eizellen [der Eizellenspenderinnen] diese Krankheiten aufspüren. […] Aber *das ist alles sehr kompliziert und ich bin kein Spezialist* in dem. Wenn dich das interessiert, müsstest du mit der Genetikerin sprechen, ich kenn mich da auch nicht so gut aus, *die Genetik ist sehr, sehr komplex …*" (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.18, *eigene Hervorhebung*)

Die Aussage von Leon zeigt einige wichtige Dimensionen des genetischen Trägertests als primäre Selektionstechnik auf: Dabei steht die Aussage, dass es dabei um Krankheiten geht, „die nun wirklich niemand will" quer zu der „dauernden Veränderung der Panels." Es stellt sich die Frage: „Was sind denn „Krankheiten, die nun wirklich niemand will" (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.18)? Dies ist gerade im Hinblick darauf, dass sich dieses Panel immer mehr in Richtung spät auftretende Krankheiten verschiebt und generell immer mehr ausgeweitet wird, nicht abschließend zu beantworten (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018). Denn das Panel wird in der Praxis immer den aktuellen Forschungsstandards angepasst. Neue Erkenntnisse können aufzeigen, dass eine Variante, bei der man vorher dachte, dass sie pathogen – also krankmachend – ist, doch wieder rausfällt oder neue Varianten hinzukommen (Hoskinson, Dubuc und Mason-Suares 2017, 2). Diese Anpassungen werden über das Studieren von *Guidelines* und Datenbanken, aber auch über Vergleiche mit den Panels von konkurrierenden Firmen gemacht und werden im nächsten Kapitel noch genauer aufgezeigt (Tagebuchnotiz, Ethnographie Genetikfirma, 17.10.2018). Die Verortung in einer spezifischen Ökonomie von konkurrierenden Anbieter*innen ist also auch hier maßgebend für die Entwicklung der Tests. Diese andauernde Anpassung und Veränderung führt auch dazu, dass die Genetik generell von den von mir interviewten Akteur*innen innerhalb der Klinik so beschrieben wurde wie in der Aussage von Leon: „Die Genetik ist kompliziert und braucht Spezialisten."

Die Rolle von Expert*innen im Bereich der Genetik wurde von Silja Samerski am Beispiel der genetischen Beratung aufgezeigt; sie müssen in diesen Beratungen die primäre Definitionsmacht haben und gleichzeitig Patient*innen zu einem „selbstbestimmten" Entscheid bringen (Samerski 2015).

In Bezug auf die Eizellenspende, die von mir als reprogenetischer Prozess analysiert wird, ist auffällig, dass die einzelnen Berufsgruppen selbst gar keinen Überblick haben über die dauernden Veränderungen dieses komplexen Systems. Ein von mir interviewter Genetiker meinte bei einem Gespräch, die Ärzte in Spanien hätten nun wirklich „keine Ahnung von Genetik – da weißt du sogar mehr" (Tagebuchnotiz, Ethnographie Genetikfirma, 17.10.2018). Zentral ist in der Reproduktionsklinik also die Koexistenz diverser Berufsgruppen, welche verschiedenes Fachwissen und verschiedene Techniken anwenden und sich untereinander teilweise kaum verstehen. Die Technik wird zwar teilweise kritisiert, jedoch kaum grundsätzlich in Frage gestellt. Das

spezifische Machtgefüge des Imaginativs des ‚gesunden' Kindes im Kontext der Eizellenspende zeichnet sich aus durch diese unübersichtliche, hochspezialisierte und sich rasant wandelnde Technik.

Das folgende Gespräch mit einem Genetiker zeigt schließlich eine weitere Dimension der genetischen Trägertests auf:

> Laura: Und welche Problematiken siehst du in Technologien wie bspw. der Genschere CRISPR Cas9[32]?
>
> Juan: Na ja, von einem ethischen Standpunkt aus gesehen: Also die Technologie an sich ist eine Herausforderung, weil die Reproduktionsmedizin hat als Ziel Menschen fortzupflanzen, nicht uns zu verbessern. Das sind zwei verschiedene Dinge. Und diese Technologie [CRISPR] nutzen wir, um die Spezies zu verbessern, was auch immer das heißen mag. Wenn man bestimmte pathologische Züge eliminieren mit Spezies verbessern gleichsetzt zumindest. Also müssten wir das Konzept der Reproduktion verändern. Das hieße dann nicht einfach Kinder kriegen, sondern bessere Kinder kriegen. Das müsste man ethisch studieren, weil ich weiß nicht, was besser ist.
>
> Laura: Aber das macht man doch schon? Mit den ganzen genetischen Tests?
>
> Juan: Na ja, das sind diagnostische Tests. Da verbesserst du das Embryo nicht, du diagnostizierst und selektionierst. Damit verhinderst du die Vererbung einer Krankheit. Aber du modifizierst das Embryo nicht. Du sagst nur: ‚Das ist gesund und das ist krank.' […] Das eine ist eine interventionistische Technik, das andere eine selektive.
>
> Laura: Aber der Embryo wird ja auch bei Präimplantationsdiagnostik selektioniert oder die potenziell pathogene Genetik beim Trägertest, was dazu führt, dass eine bestimmte Bevölkerungsgruppe nicht auf die Welt kommen wird? Das *Outcome* ist also dasselbe, nicht?
>
> Juan: Na ja. Auf einer sozialen Ebene kann es schon sein, dass es das Gleiche ist, weil du transferierst einen gesunden Embryo, weil du ihn selektionierst oder einen gesunden Embryo, weil du ihn

32 CRISPR/Cas9 ist eine Technik, mit welcher DNA-Bausteine im Erbgut verändert werden können.

> manipulierst, und am Schluss hast du einfach den gesunden Embryo, so oder so. (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Das Gespräch mit Juan zeigt einerseits auf, wie dieser zwischen selektiven und interventionistischen Techniken differenziert. Es verweist auch auf eine Argumentationsstrategie, welche einen Unterschied macht zwischen normalisierten und somit ethisch legitimen Verfahren und den moralisch verwerflichen „experimentelleren Verfahren" und damit zwischen guter und schlechter Selektion. Diese Ansicht wird auch von Sozialwissenschaftler*innen geteilt, so schreiben Rose und Rabinow etwa: „Es besteht der ganze Unterschied der Welt zwischen dem Einsatz genetischer Techniken zur Diagnose und sogar zur Selektion von Embryonen mit Down-Syndrom oder einem Neuralrohrdefekt und dem Versuch, diese Techniken zur Diagnose von Intelligenz und zur Eliminierung der ‚Schwachsinnigen' (*feeble minded*) einzusetzen" (2006, 211). Es seien zwei völlig verschiedene Logiken im Spiel: Das Erstere geschehe aus einer kapitalistischen und liberalistischen Logik der Vitalität und der Maximierung von Lebensqualität heraus, das Zweite sei eugenisch und führe zu einer Bevölkerungskontrolle (ebd., 211).

Wenn wir nun aber wieder zu dem Gespräch mit Manuel zurückgehen, dann sehen wir, dass dieser zu dem Schluss kommt, dass es sich bei CRISPR/Cas9 und Präimplantationsdiagnostiken oder Trägertests zwar um andere Methoden handelt, Ziel und Resultat dieser Methoden aber eigentlich dieselben sind: Es geht dabei immer um die Herstellung eines gesunden Kindes – ob dabei ‚der ganze Unterschied der Welt' liegt, ist meiner Ansicht nach fraglich. Während CRISPR/Cas9, die Technik, welche 2018 zum ersten Mal von einem chinesischen Wissenschaftler angewandt wurde, von vielen Seiten massiv kritisiert und verpönt wird (Arey 2018), handelt es sich bei PGT und Trägertest um weitgehend normalisierte Techniken. Diese normalisierten Techniken (re)produzieren, von der Gesellschaft kaum mehr in Frage gestellt und einer ableistischen Logik folgend, einen ganz bestimmten Körper: Das ‚gesunde' Kind.

Nachdem ich in diesem ersten Abschnitt den Zusammenhang zwischen Zukunftsvisionen, Technikvorstellungen und Selektionsmechanismen in den Diskursen der Klinikmitarbeitenden analysiert habe, stellt sich nun die Frage, wie diese Diskurse von den primär davon betroffenen Akteur*innen, den Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen, verhandelt werden

9.3. Diskurse der Spenderinnen: „Es ist schon gut, machen sie diese Tests“

Bei den interviewten Spenderinnen verzeichnete ich eine gewisse Ambivalenz in Bezug auf das ‚gesunde' Kind und die daraus resultierenden Selektionstechniken. Mehrheitlich findet eine Normalisierung der Idee der Selektion statt, es gibt aber vereinzelt auch kritischere Stimmen, bei welchen der Verweis auf die Selektion auch eine Kritik am System anzeigt. Ein Beispiel für die erstere Position ist Jenny. Jenny antwortet auf die Frage nach der Notwendigkeit einer strikten Selektion von Spenderinnen:

> „Ich denke, die Selektion ist notwendig. Denn ich glaube vielleicht, dass ich völlig gesund bin, aber vielleicht habe ich ein Gen, welches, wenn es mit irgendwas gemischt ist, etwas mit diesem Kind machen wird. Deshalb denke ich eh, dass es gut ist, dass sie das alles testen. AIDS, Hepatitis, jede sexuell übertragbare Krankheit, vor allem auch wenn man genetische Krankheiten hat, von denen einige erblich sind. Für mich ist es gut so“ (Jenny, Eizellenspenderin, Torrent, 25.6.18).

Andere Spenderinnen kommentieren den genetischen Trägertest folgendermaßen: „Doch, ich finde es schon gut, machen die diese Tests. Damit sie sehen, ob wir gut sind, ob wir *validas* [‚spendefähig'] sind“ (Tagebuchnotizen, Valencia, 5.11.2018). Oder:

> „Die machen das, um zu schauen, dass alles gut wird. Überleg dir mal, du hast eine Krankheit, die Spenderin hat dieselbe Krankheit, und *‚el niño sale mal*‘ (das Kind kommt schlecht heraus). Sogar Fußballer machen das. Ronaldo hat sein Kind über IVF gekriegt, damit das Kind keine Krankheit hat. Man sagt, dass die dann sogar gescheiter werden. Dass man auch die Augenfarbe und die Haarfarbe wählen kann. Das scheint mir gut, weil dann haben die Kinder danach weniger Probleme“ (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.11.2018).

Diese Tendenz zur Normalisierung der Selektion findet sich auch in den Resultaten der Umfrage, welche ich in der Klinik bei Eizellenspenderinnen durchgeführt habe. Die Mehrheit der Eizellenspenderinnen gaben an, den Test sinnvoll und nötig zu finden. Knapp ein Drittel haben keine Angaben gemacht und vier Spenderinnen wussten gar nicht, dass ein Gentest gemacht wird (Abbildung 3).

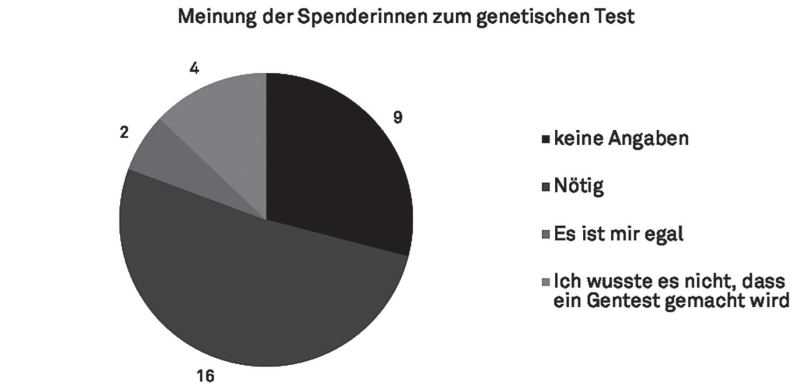


Abbildung 3: Meinung zum Trägertest (n=31)

In der Kommentarspalte schrieben zwei Spenderinnen dann Begründungen wie: „Es [der Trägertest] ist wichtig, weil viele Leute lügen, und dann muss die Empfängerin für die Konsequenzen bezahlen." Oder: „Wenn du das Formular ausfüllst, kannst du lügen. Und mit den Analysen können sie alles überprüfen. Also ich hätte es ja auch nicht gern, wenn ich hierher käme und sie mir eine Eizelle mit einer Krankheit geben würden."

> „Die heutige Biopolitik ist zu suchen in der akribischen Laborarbeit bei der Erschaffung neuer Phänomene; bei der massiven Rechenleistung der Apparate, welche medizinische Geschichten und Familiengeschichten mit genomischen Sequenzen verknüpfen; bei der Marketingmacht der Pharmakonzerne; bei den Regulierungsstrategien der Forschungsethik; in den Ausschüssen der Arzneimittelzulassungsbehörden und den Bioethikkommissionen und natürlich bei den Gewinnen und dem Shareholder Value, welche diese Praktiken versprechen. Hier, in den Praktiken der zeitgenössischen Biomacht, sind neue Formen der Autorität zu finden" (Rose 2006, 28).

Auffällig ist, dass einige Spenderinnen aussagten, nicht zu wissen, dass überhaupt ein genetischer Trägertest durchgeführt wurde. So meinte eine Spenderin auf die Frage, ob sie den genetischen Trägertest bereits gemacht habe:

> „Ein Gentest? Sie haben mir nur Blut genommen. Um zu schauen, ob ich gesund bin, ob ich keine Krankheit habe. Um zu schauen, ob

ich gut bin zum Spenden (überlegt). Zwar, beim ersten Mal haben sie mir total viel Blut genommen und ich habe mich damals noch gefragt: So viel Blut, wofür wohl? Das war wohl für diesen Gentest" (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.11.2018).

Aber zurück zu Jenny, der Eizellenspenderin, welche den genetischen Trägertest als Kontrollmechanismus notwendig findet. Sie reflektierte auch die Verbindung zwischen dem gesunden Kind, der Genetik und ihrer eigenen Gesundheit. Auf die Frage, ob sie in der Klinik wissen würden, dass sie Raucherin sei, meinte sie: „Ja, sie wissen, dass ich rauche, aber ich meine, so lange, bis ich keinen Krebs oder so bekomme, ist es ihnen egal, solange ich genetisch in Ordnung bin" (Jenny, Eizellenspenderin, Torrent, 25.6.18). Was in diesem Interviewzitat ersichtlich wird, ist einerseits die Reduktion der Spenderin auf ihr genetisches Material. Andererseits zeigt sich dabei auch eine bestimmte Zeitlichkeit, bei welcher einzig Jennys Gegenwart als relevant erachtet wird. Solange sie in dieser Gegenwart gesund ist und sie genetisch „in Ordnung" ist, „ist es ihnen egal." Die Zuschreibung dieser Zeitlichkeit reduziert die Spenderinnen auf ihre Gegenwart und ihre genealogische Vergangenheit, ihre eigene Zukunft jedoch ist sekundär. Jennys Aussage steht zudem auch in Kontrast zu aktuellen Erkenntnissen aus der Epigenetik, welche vielmehr suggerieren, dass beispielsweise Umwelteinflüsse, auch wenn sie das Subjekt nicht krank machen, die Genetik maßgeblich beeinflussen und somit auch relevant sind bei Vererbungsprozessen (Mansfield und Guthman 2015, 4). Während die Relevanz der Epigenetik in der Klinik in Bezug auf die Rolle der Empfängerinnen oft evoziert wird, scheint es hier irrelevant zu sein.

Die Reduktion der Spenderin auf ihr biologisches Material wird von verschiedenen Studien aufgezeigt. Eizellenspenderinnen liefern darin die „Ersatzteile" oder sind gar „Fabriken" (Milot 2009) für eine kapitalistische Bioökonomie. Ihre Marginalität und ihre „reproduktiven Biographien" (Perler und Schurr 2020) sind die Basis für ihre „Bioverfügbarkeit" (Cohen 2007 (2005); Scheper-Hughes 2001). Diese Forschungen zeigen auf, dass Spenderinnen auf Grund von Ungleichheitsregimes marginalisiert werden (Nahman 2011; 2008; 2013; Perler und Schurr 2020) und wie diese Marginalisierung intrinsisch verbunden ist mit einem kapitalistischen Verwertungssystem (Namberger 2019; Cooper und Waldby 2014; Cooper u.a. 2015). Jennys Aussage unterstreicht einen weiteren Aspekt in dieser Marginalisierung der Spenderin, welcher bisher noch nicht aufgezeigt wurde: die Rolle der genetischen Selektionstechniken in diesem Prozess. Der Wunsch nach einem ‚gesunden'

Kind, welcher über die Selektion realisiert wird, reduziert die Spenderin in einzigartiger Weise auf ihr genetisches Material. Dieser Wunsch ist also auch hier nicht ‚nur' imaginär, sondern materialisiert sich in der konkreten Reduktion der Spenderin als zu selektionierendes Rohmaterial für die transnationale Bioökonomie.

Gekaufte Gesundheit

Eine andere Tendenz in den Erzählungen der Spenderinnen bezüglich der genetischen Trägertests war das Verständnis von Gesundheit als etwas Käufliches. Die Eizellenspenderin Rosa spricht dies auf eine sehr pragmatische Art an:

> „Ich stelle mir vor, dass die Person, d.h. die Frau, in die Klinik geht, weil sie keine Kinder kriegen kann. Ich stelle mir vor, dass diese Frau viel Geld dafür bezahlt, denn letztendlich ist dies ein Geschäft. Ich verstehe also, dass die Klinik so weit wie möglich sicherstellen will, dass die Person, die die Eizelle spendet, völlig gesund ist" (Rosa, Eizellenspenderin, Barcelona, 18.7.18).

Rosa situiert die Spende damit in einem ökonomischen Rahmen. Ganz ähnlich fällt die Aussage einer Spenderin aus, die ich im Wartesaal befragt habe: „Ich stelle mir vor, dass die so viel Tests machen, damit das Kind ‚gesund' wird, dass die Eizellen nichts haben. Weil diese Leute bezahlen mega viel Geld, stell dir vor, das Kind wird krank geboren" (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.11.18).

In dieser Rahmung der Eizellenspende als ökonomische Transaktion erscheint das Einfordern von Gesundheit als selbstverständlich. Die Sicht auf die Eizellenspende als ein Geschäft ermöglicht aber auch eine Kritik von Seiten der Spenderinnen. So beispielsweise von Elea. Sie hatte vor Jahren aus einer persönlichen Notsituation heraus mehrfach gespendet und hatte zum Zeitpunkt des Interviews eine sehr kritische Position gegenüber der Eizellenspende entwickelt. Elea hat eine sehr lange Krankheitsgeschichte, unter anderem eine genetisch vererbbare Kondition (Zöliakie), was zur Zeit der Spende aber noch nicht getestet werden konnte. Als sie spendete, hat sie der Klinik das Wissen um diese Krankheiten unterschlagen. Ihre Reflexion über diesen Akt war ambivalent:

> „Ich dachte mir plötzlich, ¡*madre mía*!, die werden ein Kind mit Zöliakie kriegen. Und sie werden es wohl ziemlich lange nicht

herausfinden. Bei mir dauerte es Jahre, bis ich die Diagnose erhalten habe. Dann fühlte ich mich schuldig. Weil ich sie angelogen habe, weil ich es nicht gesagt habe … aber schließlich dachte ich dann: Okay. Ich meine, wer ist das denn? Diese Leute haben genug Geld, um nach Spanien zu kommen, ihre Flüge zu bezahlen, hier für diese Behandlung zu bezahlen. Diese Leute müssen sich keine Sorgen machen. Ich bin sicher, die müssen nicht aufs Sozialamt oder so. Und deshalb, wenn die ein Kind mit Zöliakie kriegen, dann werden sie es schnell herausfinden. Ich versuchte das irgendwie so zu drehen für mich, weil ich dieses Schuldgefühl hatte. Dass ich die Leute ausgenutzt habe, dabei haben sie mich in meiner Notsituation in Wirklichkeit ja auch ausgenutzt. Irgendwie" (Elea, Eizellenspenderin, Valencia, 15.4.18).

In den Reflexionen von Elea werden ‚Gesundheit' und ‚Krankheit' mit einer ökonomischen Sphäre verknüpft. Sie suggeriert, dass die potenziell auftretende Krankheit dank der sozioökonomischen Position der Eltern bald aufgedeckt und behandelt werden kann. Zudem verweist Elea auf die Unterschiede zwischen Paaren mit Kinderwunsch und ihr selbst und erwähnt im letzten Satz ihre eigene Notsituation, welcher sie in diesem Moment nur mit einer Eizellenspende beikommen konnte. Elea verweist also auch auf das Ausbeutungsverhältnis, welches durch die transnationale Eizellenspende entstehen kann.

Eleas Aussage zeigt, dass gewisse Spenderinnen auch eine kritische Perspektive auf die Eizellenspende haben. Diese Kritik wurde oft mit der Aussage *„hecha la ley, hecha la trampa"* (Jedes Gesetz hat seine Lücken) formuliert. So meinte etwa eine Spenderin, dass sie zwar ein halbes Päckchen Zigaretten sowie drei bis vier Joints am Tag rauchen würde, „aber ich bin doch nicht so blöd, dass ich das sagen würde, *‚hecha la ley, hecha la trampa'*" (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.10.2018). Diese Aussagen verweist darauf, dass Spenderinnen trotz verschiedenster Strategien der Kontrolle von Seiten der Kliniken einen gewissen Handlungsspielraum haben. Die Verortung der Spende in einem ökonomischen System normalisiert einerseits das Einfordern von ‚Gesundheit', bietet bedingt aber auch eine Möglichkeit für Systemkritik. Schließlich ist das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes über die damit verbundenen (Selektions-)Techniken ein zentrales Element für die *eggs-ploitation* (Pfeffer 2011) in dieser Bioökonomie, da die Spenderinnen in diesen Prozessen gänzlich auf ihr genetisches Material reduziert werden.

9.4. Diskurse der Empfänger*innen: „*Tant pis*, machen wir einen Kaiserschnitt"

Bei den von mir in der Schweiz interviewten Eizellenempfängerinnen wurde eine große Skepsis gegenüber Ideen des gesunden Kindes geäußert. So meint beispielsweise Linda – Mutter von zwei über Eizellenspende entstandenen Kindern – auf die Frage, ob sie die verschiedenen genetischen Tests und Pränataldiagnostik gemacht hätte:

> „Also es hätte sehr viel gebraucht, dass WIR eine Abtreibung gemacht hätten, natürlich. Ich sage nicht, wir hätten es unter keinen Umständen gemacht, wenn er [der Arzt] gesagt hätte, das Kind hat das und das. Was ganz Schlimmes. Aber ganz sicher nicht wegen Trisomie 21, das sicher nicht. Es hätte sehr, sehr schwer krank sein müssen" (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.17).

Diese Skepsis hat auch damit zu tun, dass die Eizellenempfänger*innen sich von einer komplett technischen Reproduktion lossagen möchten.

> „Die Bremse, die wahrscheinlich am wirksamsten ist [für die technische Totalisierung], ist die Angst und sogar Panik des Menschen vor dem, was die technische Neuerung von ihm verlangt" (Ellul 2012 (1977), 306).

Gerade für Linda war dies ein großes Thema. Linda und ihr Partner wurden nach jahrelangen vergeblichen IVF-Versuchen in der Schweiz von einer Reproduktionsmedizinerin nach Alicante geschickt. Dank einer Eizellenspende kamen dann im Abstand von zwei Jahren ihre beiden Kinder zur Welt. Im Gespräch kam Linda immer wieder auf die Erfahrung in Alicante zu sprechen:

> „Also bei diesem ersten Arzt hat man auch immer die Ehrfurcht gespürt. Die Ehrfurcht vor der ganzen Sache. Und er hat mir mal gesagt: ‚Alles Menschliche ist jetzt getan'. Also jetzt kommt was anderes ins Spiel. Und das hat mir auch sehr gutgetan, zu sehen dass sie [die Ärztinnen und Ärzte] es nicht machen können. Sie können unterstützen, aber wirklich das Kind machen, können sie nicht. Und das hat es mir auch gezeigt, als es das erste Mal nicht geklappt hat. Es braucht die höhere Macht auch dort. Und deshalb habe ich manchmal auch sehr Mühe, ‚auf natürlichem Wege oder nicht natürlich', weil wir nehmen jahrelang die Pille, das ist ja auch nicht natürlich. Und wirklich der Funken, dass es klappt, das kann niemand auf der Welt machen. Und das habe ich bei ihm gespürt,

dass er sich das bewusst ist. Und manchmal auch fast etwas philosophisch oder poetisch. Einmal sagte er, diese Ultraschallbilder sind ja manchmal – entweder sind sie ganz klar, oder nicht, wie der Himmel eigentlich. Und da sagte er, gerade sei es wie eine sternenklare Nacht. Und das war Leon [ihr Kind]. Und ich hatte das Gefühl, er sagt das nicht einfach so. Und es ist ja wirklich etwas Magisches. Und das war mir sehr sympathisch. Und das ist heute nicht mehr so. Und das hört sich vielleicht doof an, aber es sind nun zwei Frauen als Oberärztinnen, und die sind sehr taff. [...] Eine Russin und die andere eine Südamerikanerin. Und da fühlte ich mich nicht so aufgehoben. Weil die waren so ehrgeizig, und so stolz auch in dieser Position zu sein, dass mir das fast etwas Angst gemacht hat" (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.2017).

In diesem Zitat zeigt sich, wie Linda, welche auf diese verschiedensten Technologien angewiesen ist (IVF, Eizellenspende etc.), der Technik auch kritisch gegenübersteht und dieser technischen Fortpflanzung eine magische Komponente verleiht.

Sie wehrt sich nicht nur gegen den Dualismus *natürlich-unnatürlich*, sondern auch gegen die Zuschreibung als autonomes Subjekt und will gar nicht alles wählen können. Linda betont damit also den ‚menschlichen', ‚philosophischen' und ‚magischen' Aspekt einer assistierten Reproduktion und grenzt sich klar von einer allzu technischen Empfängnis ab.

Dies steht der Aussage von Leon, einem Manager aus einer Reproduktionsklinik in Barcelona, diametral gegenüber. Dieser meint, dass sie in seiner Klinik bestimmt keine Wunder vollbringen können, sondern einfach „Technologie anwenden, von welcher wir wissen, dass sie funktioniert" (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.18). Als ich einen anderen Klinikmanager auf Eizellenempfänger*innen, die sich von einer technischen Reproduktion abgrenzten, ansprach, meinte dieser:

„Also natürlich, dieser superrationale Diskurs ist schwierig. Ich meinte, der Anfang von allen Techniken der assistierten Reproduktion liegt bei anderen Säugetieren – all dies wurde bei anderen Säugetieren entwickelt, für die Veterinärmedizin – aber schlussendlich sind wir ja auch Säugetiere. Was ich sagen will, wenn wir nun von Rassenhunden oder Kühen sprechen würden, gäbe es da eine solche Mystifizierung? Nein. Es ist halt sehr technisch und bei der Übertragung auf die Menschen ist es irgendwie sehr natürlich, sehr

logisch in unserer Art, dass wir das mystifizieren bei uns. Aber klar, wenn du nun versuchst, sehr objektiv und wissenschaftlich zu sein, dann ist es pure Technik. Wenn das Embryo sich nicht implantiert, dann ging etwas schief bei uns und Punkt" (Hectór, Klinikmanager, Valencia, 4.11.2019).

Es ist eine klare Divergenz zu beobachten zwischen dem Wunsch von Eizellenempfänger*innen, ihre Schwangerschaften als ‚nicht technisiert' zu verstehen, und der technisierten Konzeptualisierung der Reproduktion in der Klinik. Gerade bei den Eizellenempfänger*innen ist jedoch auch eine verstärkte Medikalisierung und damit auch Technisierung der Schwangerschaften zu beobachten: Mehr Ultraschallbehandlungen, mehr Medikamente während der Schwangerschaften, mehr pränatale Tests, mehr Kaiserschnitte. In Spanien wurde aufgezeigt, dass bei Schwangerschaften mit Eizellenspende die Kaiserschnittrate mit 60% massiv erhöht ist. Im Vergleich dazu hatten reguläre IVF-Schwangerschaften eine Kaiserschnittrate, welche sich auf rund 35% belief (Sociedad Española de Fertilidad (SEF) 2017, 34).

„Mit Selbstverstärkung meine ich, dass alles so abläuft, als ob das technische System durch eine innere, intrinsische Kraft und ohne ein entscheidendes Eingreifen des Menschen wächst. Damit will ich natürlich nicht sagen, dass der Mensch nicht eingreift und keine Rolle spielt. Aber dieser Mensch ist in ein Umfeld und einen Prozess eingebunden, der dazu führt, dass alle seine Aktivitäten, auch diejenigen welche keine explizite technische Orientierung haben, zum technischen Wachstum beitragen, ob man nun darüber nachdenkt oder nicht, ob der Mensch es will oder nicht" (Ellul 2012 (1977), 217).

Die starke Medikalisierung lässt sich durch die technisierte Umgebung, welche zur Schwangerschaft führt, erklären. Die Aussage von Erika, einer Eizellenempfängerin, welche zwei bereits schulpflichtige Kinder über eine Eizellenspende in Spanien hat, verweist mit dem Beispiel des Kaiserschnittes darauf:

„Ich hatte dann eigentlich zuerst vor, spontan zu gebären. […] Und dann ist mir aber immer wieder der Arzt in Spanien in den Sinn gekommen, der mir gesagt hat: ‚Also etwas muss Ihnen einfach bewusst sein, also einen Kaiserschnitt brauchen Sie'. Und während der Schwangerschaft fand ich dann, ja mir geht's so gut, ich brauch keinen Kaiserschnitt. Und dann im letzten Schwangerschaftsdrittel,

> wenn alles so näher rückt, ist es dann doch so: Jetzt hatte ich so viele Risiken, ich will dieses Risiko nicht eingehen, vor Allem wenn sie (das Kind im Bauch) sich bewegt hat. Und dann habe ich mir vorgestellt, die Nabelschnur um den Kopf und so. Und dann habe ich gefunden, komm, *tant pis*, wir machen einen Kaiserschnitt, einen geplanten" (Erika, Eizellenempfängerin, Aarau, 16.2.17).

Auch Linda erzählt von den regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen und der erhöhten Überwachung ihrer Schwangerschaften – das sei von der Klinik in Spanien so vorgegeben gewesen (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.17). Eine Klinikpsychologin, welche ich auf die verstärkte Medikalisierung der Schwangerschaften ansprach, erklärte dies wie folgt:

> „Wir wollen die Natur immer mehr kontrollieren [...] Und ich glaube, weil diese Paare von einer so schwierigen Situation ausgehen, einem Defizit, weil sie ihre Eizellen nicht nutzen können oder ihr Sperma. Also wenn diese Frauen dann schwanger werden, möchten sie sicher sein, dass alles perfekt wird, oder? [...] Also wenn du einfach so schwanger wirst, dann stellst du dir diese Fragen gar nicht [...] aber in diesem Fall ist das anders. Und weil die Wissenschaft es erlaubt, das alles zu kontrollieren, macht man das halt"(Elena, Psychologin, Valencia, 7.6.18).

Diese Aussage, welche in dieselbe Richtung zielt wie der zu Beginn dieses Kapitels vorgestellte Restaurantvergleich, bei welchem die assistierte Reproduktion immer und untrennbar mit einer vermeintlichen Wahl verbunden ist, deren Ausgang jedoch schon vorstrukturiert ist, wurde so ähnlich von anderen Klinikmitarbeitenden gemacht. Beispielsweise von einer anderen Psychologin, welche von „Kristallschwangerschaften" (Alba, Psychologin, Valencia, 6.10.2017) sprach. Oder einer Ärztin aus Barcelona, welche bestätigte, dass viele Frauen Kaiserschnitte haben, da es sich um „Goldschwangerschaften" handle, „da will man nun mal nichts riskieren" (Mirena, Ärztin, Barcelona, 12.4.17).

> „In dem Maße, in dem Maschinen leistungsfähiger werden, reduziert sich die Rolle der einzelnen immer weiter, bis sie nichts weiter sind als Konsumenten" (Illich 1998 (1975), 28).

Die verstärke Technisierung der Schwangerschaften scheint also ein wichtiger Faktor zu sein in der Herstellung des gesunden Kindes. In den

Narrationen der Eizellenempfänger*innen gibt es einerseits eine diskursive Abgrenzung gegenüber Technik und Selektion, andererseits ist gleichzeitig eine klare Medikalisierung und Technisierung der Schwangerschaften zu beobachten. Dabei folgt diese Technisierung auch deutlich einer ableistischen Logik.

HINWEIS: In der folgenden Tagebuchnotiz werden ableistische und potenziell verletzende Inhalte wiedergegeben!

So meint Marco, ein Anästhesist, auf die Frage, warum es wohl so viele Kaiserschnitte gäbe: „Na ja, besser ein Kaiserschnitt als *un niño tonto* (ein dummes Kind, damit ist aber ein be_hindertes Kind gemeint) – weil das behinderte Kind hast du dann fürs ganze Leben" (Tagebuchnotiz, Valencia, 30.10.18). Der Zusammenhang zwischen medizinischer Technik und einer ableistischen Logik zeigt sich, indem der Kaiserschnitt als weniger schlimm erachtet wird als das be_hinderte Kind. Dabei verweist Marco auf eine spezifische Lebensrealität mit einem be_hinderten Kind, welches man dann „das ganze Leben lang" hat. Diese imaginierte Zukunft ist somit nicht nur Resultat einer spezifischen Bioökonomie, sondern steht damit auch klar im „Dienste der *compulsory able-bodiedness and able-mindness*" (Kafer 2013, 27).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Eizellenempfänger*innen vordergründig von einer technisierten Reproduktion abgrenzen, jedoch wegen ihres starken Wunsches nach einem Kind und ihrer vulnerablen Position diese Technisierung oft doch akzeptieren. Einerseits weil die Risikobereitschaft aufgrund der erlebten Kinderlosigkeit oder allenfalls auch bereits erlebten Fehlgeburten sehr gering ist und deswegen eine verstärkte Technisierung in Kauf genommen wird, andererseits weil die Kliniken mit ihren technik- und fortschrittsaffinen Vorstellungen in ihrer spezifischen Expert*innenrolle und im Kontext einer allgemeinen *Risikogesellschaft* (Beck 2015 (1986)) doch eine starke Definitionsmacht ausüben.

9.5. Zwischenfazit

Ein Jahr nach Abschluss meiner Feldforschung kehrte ich noch einmal in die Klinik zurück, um meine ersten vorläufigen Ergebnisse mit Akteur*innen der Klinik zu diskutieren. Als ich Hectór, dem Klinikmanager, davon erzählte, dass ich plane, vor allem zu den Zukunftsvisionen in der Klinik zu arbeiten, warf er ein:

„Klar, das ist sehr wichtig, das grundlegende Konzept der Reproduktion ist sich am Verändern. Ich glaube, in den USA gibt es eine Gruppe, welche ganz offen davon spricht, dass Sexualität und Reproduktion voneinander abgekoppelt werden müssen. Und auch wenn du keine Fruchtbarkeitsprobleme hast, kannst du in diese Kliniken. Die Reproduktion findet dann in einem sicheren Umfeld im Labor statt. Natürlich wirft so eine Aussage wahnsinnig viele Fragen in unserer Gesellschaft auf. […] Es ist sehr wahrscheinlich, dass in hundert Jahren die Reproduktion als Konzept etwas völlig anderes ist, als es seit Anfang der Menschheitsgeschichte war. Dass es nichts ‚Natürliches' mehr ist – in Anführungszeichen. Dass es ein geführter, studierter, klinischer Prozess wird stattdessen" (Hectór, Klinikmanager, Valencia, 4.11.2019).

„Die Rhetorik der Wahlfreiheit steht eindeutig im Einklang mit der Ethik der Autonomie, die den liberalen Subjektivierungsformen zugrunde liegt. Die Umwandlung von Unfruchtbarkeit in eine behandelbare Krankheit ist ein Beispiel für die Rekonzeptualisierung von menschlichen Fähigkeiten zu etwas, das durch die Medizin umgestaltet und verbessert werden kann" (Rabinow und Rose 2006, 208).

Hectórs Aussage resümiert die Zukunftsvisionen, welche ich in verschiedenen Variationen von Klinikmitarbeitenden gehört habe. Die Gemeinsamkeit dieser Vorstellung liegt in der Vermutung, dass in Zukunft die Reproduktionsklinik auch für nicht *queere* Familien von der Idee der Unfruchtbarkeit getrennt werden wird: „Eine normale Reproduktion, nur sicherer" (Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018). Die Technik- und fortschrittsaffine Perspektive der Akteur*innen aus dem Klinikumfeld lassen darauf schließen, dass diese viel mehr sind als reine Technik-Verfechter*innen, sondern zu einem zentralen Bestandteil dieses Systems geworden sind. Denn wie Ellul bereits vor mehr als fünfzig Jahren geschrieben hat, tendiert Technik zu einer Integration der involvierten Akteur*innen – bis diese selbst Teil des Systems werden: „[S]ich in diesem technischen Universum zu befinden und gleichzeitig das System nicht zu erkennen, ist die beste Voraussetzung, um darin integriert zu sein, offensichtlich ein Teil davon zu sein, ohne es überhaupt zu bemerken" (Ellul 2012 (1977), 320). Während die Klinikmitarbeitenden selbst klar Teil des Systems geworden sind, äußern Eizellenspenderinnen und Empfänger*innen teilweise Kritik an einer technisierten Norm. Indem sie die Selektionstechniken größtenteils

legitimieren, reproduzieren sie das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes jedoch auch mit.

Wahlberg und Gammeltoft schreiben in ihrem Sammelband zu selektiven Technologien (SRT) noch klar von einer Abgrenzung zwischen selektiver und assistierter Reproduktion, denn deren Ziele seien andere: „Wenn ‚assistierte Natur' eine passende Bezeichnung für ARTs ist, dann könnte man SRTs mit ‚der Natur eine Richtung vorgeben' zusammenfassen" (2018, 5). Diese Trennung von ARTs und SRTs wird im Fall der spanischen Eizellenspende obsolet: In der imaginierten Reproduktionsklinik der Zukunft – und damit in vieler Weise auch bereits in der heutigen spanischen Reproduktionsindustrie – sind ARTs und SRTs nicht voneinander zu trennen. Wenn das ‚gesunde' Kind das primäre Ziel der Reproduktionstechnologien ist, wenn Reproduktionskliniken sich nicht mehr an unfruchtbare Menschen richten, sondern vor allem eine ‚sicherere' Reproduktion gewährleisten wollen und dies über die flächendeckende Anwendung (genetischer) Selektionstechnologien tun, gehen diese beiden Techniken ineinander auf.

Die Zukunft der Reproduktionsmedizin ist nicht die Behandlung von Unfruchtbarkeit und somit Assistenz, sondern die Herstellung gesunden Lebens – damit handelt es sich bei ART darum, ‚der Natur eine Richtung vorzugeben'. Im nächsten Kapitel zeige ich die spezifischen Selektionspraktiken auf, welche das ‚gesunde' Kind entstehen lassen sollen. Damit wird dem zweiten Aspekt des Imaginativs, den spezifischen Praktiken der Gegenwart, Rechnung getragen.

Theoretischer Einschub III: Die zeitgenössische Biomedizin als Zukunftsmedizin

Die hier aufgezeigten technikaffinen Zukunftsvisionen sind eingeschrieben in eine zeitgenössische Biomedizin, bei welcher die Zukunft eine zentrale Rolle spielt. Hier sollen die Tendenzen der aktuellen Biomedizin, welche auch für die Reproduktionsmedizin gelten, aufgezeigt werden. Das folgende Zitat beschreibt die zeitgenössische Biomedizin folgendermaßen:

> „Gesundheit wird in der Biomedizin nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit verstanden. Wohlbefinden wird durch eine Verbesserung der Natur aufrechterhalten – ein imaginierter Zustand, der durch die Anwendung gegenwärtiger und zukünftiger Technologien erreicht werden soll. Epidemiologisches Wissen wird nicht nur genutzt, um Risikofaktoren für zukünftige Krankheiten zu finden, sondern auch, um eine wachsende Anzahl potenzieller Krankheiten zu erkennen, die bisher als Teile des ‚natürlichen Alterns' angesehen wurden. Wir alle sind ‚potenzielle Patient*innen'. Das wachsende Angebot an biomedizinischen Technologien, die zur Veränderung dieser Risikofaktoren eingesetzt werden, verspricht, die Auswirkungen der Vergangenheit in der Gegenwart aufzuheben. Medikamente [...] haben die Möglichkeit geschaffen, ‚besser als normal' zu werden. Für die wenigen Wohlhabenden, die sich solche Eingriffe leisten können, versprechen sie, den Körper in einen verbesserten Gesundheitszustand zu versetzen" (Lock und Nguyen 2018, 50).

Die Gesundheit wurde gemäß Lock und Nguyen selbst zum Imaginativ, ein „imaginierter Zustand, der erreicht werden kann." Es geht nicht mehr um die Behandlung von bereits existierenden Krankheiten, sondern darum, zukünftige Krankheiten zu eruieren. Wichtig sind nun Risikofaktoren und potenzielle Krankheiten. Es soll vielleicht sogar möglich sein, Effekte der Vergangenheit auszulöschen. Die Zukunft jedoch, das zeigt dieses Zitat auch auf, ist das zentrale Element der zeitgenössischen Biomedizin.

Auch unter dem Begriff *Anthropologie der Zukunft* wird Ähnliches diskutiert, nämlich „wie die Zukunft als eine in die Gegenwart eingeschriebene Erwartung entsteht" (Nielsen 2011, 398). Für die Biomedizin wurden diesbezüglich etwa „Antizipation" (Adams, Murphy, und Clarke

2009), „Potenzialität“ (Bauchspies 2009; Taussig, Hoeyer und Helmreich 2013; Kaufman 2013), „Risiko“ (Weir 2006) oder „Hoffnung“ (Brekke und Sirnes 2011; Novas 2006; Street 2012; Petersen u.a. 2017) als wichtige zukunftsbezogene Begriffe diskutiert, welche eine bestimmte medizinische Gegenwart hervorbringen. Der Begriff des „Potenzials“ wurde als eine relevante, doppelseitige Komponente in dieser Biomedizin aufgezeigt, dient er doch sowohl dazu, die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts für die menschliche Zukunft zu beschreiben als auch vor dessen Auswüchsen zu warnen (Taussig, Hoeyer und Helmreich 2013, 3). Medizinische Interventionen im Namen dieses „Potenzials“ sind immer auch *Antizipationsregimes*, in welchen die Praktiken der Gegenwart über den Bezug auf eine bestimmte Zukunft definiert werden (Adams, Murphy und Clarke 2009, 249). *Antizipation* verbindet also ansonsten unabhängige zeitliche Momente und kreiert damit eine funktionelle Beziehung zwischen der Gegenwart und der Zukunft (Nielsen 2011, 398). Der Verweis auf eine bestimmte Zukunft – also beispielsweise das ‚gesunde‘ Kind als Ziel – ebnet dadurch erst den Weg zu diesem Ziel – in diesem Falle die verstärkte Anwendung von Selektionstechniken in der Reproduktionsmedizin, um möglichst ‚gesunde’ Kinder herzustellen.

Die Zukunft hat in diesen Debatten ganz konkrete Auswirkungen auf die Gegenwart: „Die Gegenwart […] wird zu einer Funktion eines imaginierten zukünftigen Moments, der zeitlich nach hinten ausgedehnt wird, um aktuelle Akte zu legitimieren“ (Nielsen 2011, 298). Zukunftsvisionen sind aber oft auch verbunden mit einer bestimmten Vorstellung eines „guten Lebens“ und eines „glücklichen Lebens“ (Appadurai 2013; Berlant 2011; Ahmed 2010). Dieses „gute Leben“, was auch immer darunter subsumiert wird, hat eine Art gesellschaftliche Sogwirkung, streben Menschen doch trotz widrigster Bedingungen danach (Berlant 2011, 2). Appadurai etwa beschrieb, wie eine bestimmte Kombination von „Normen, Dispositionen, Praktiken und Geschichten” (2013, 292) das gute Leben als das ultimative Ziel definieren und gleichzeitig mögliche Wege zu diesem vorgeben (ebd. 2013, 292). Ahmed hat die inhärente Normierung von „Glück“ aufgezeigt, welche dadurch bestimmten Menschen und Lebensformen den Zugang zu diesem normierten „glücklichen Leben“ verwehrt (Ahmed 2010). In diesem Sinne – um dies auf dieses Buch anzuwenden – wird der Wunsch nach einem ‚gesunden’ Kind gleichzeitig als eine gute, glückliche Zukunft imaginiert. Diese gute Zukunft legitimiert aber auch die technischen Mittel, über welche dieser Wunsch erfüllt werden soll.

Juan, Genetiker, Valencia, 16.5.2018

„Nun, möglicherweise müssen wir neue Konzepte erfinden, um mit den neuen Informationen umzugehen, die auf gesunde Patienten zukommen. Denn Krankheit ist nicht mehr das Fehlen von Gesundheit, Krankheit ist etwas anderes [...] Vielleicht bedeutet gesund zu sein nicht nur keine Krankheit zu haben, sondern keine Veranlagung zu haben, eine potenzielle Krankheit zu entwickeln. Das ist ein ganz neues Konzept, welchem wir einen Namen geben müssen. Es ist nicht Gesundheit, sondern mehr als Gesundheit (lachend), super gesund. ‚Ich bin nicht krank und ich werde auch nicht krank werden.'"

Diese technischen Entwicklungen, welche eng mit der Genetisierung der Medizin zusammenhängen, hat Nikolas Rose (2006) in seinem Buch „*The Politics of Life Itself*" thematisiert. Er beschreibt darin, wie die aktuelle Biomedizin potenzielle Zukunft in die Gegenwart bringt, um diese dann zu verwalten (ebd., 17). Rose geht der Biomedizin seit der Entschlüsselung des Genoms nach und zeigt auf, wie der Einflussbereich der Medizin heute weit über den Bereich von Krankheit und Unfall reicht, neue Aufgabenbereiche für die Medizin sind heute etwa „die Behandlung chronischer Krankheiten und des Todes, die Steuerung der Fortpflanzung, die Bewertung und Steuerung von ‚Risiken' sowie die Erhaltung und Optimierung des gesunden Körpers" (ebd., 10). Während es also noch im letzten Jahrhundert darum ging, bereits existierende Krankheiten zu heilen, geht es nun darum, diese gar nicht erst ausbrechen zu lassen.

Bereits in den siebziger Jahren hat Illich diese Ausweitung der Patient*innenrolle kritisiert und der (damals) modernen Medizin vorgeworfen, dass in dieser „Gesundheit [...] nicht länger die angeborene Eigenschaft jedes Menschen [sei], die ihm zugestanden wird, solange keine Krankheit nachgewiesen worden ist" (Illich 1995 (1975), 88). Diese Tendenz wurde mit der Möglichkeit, Krankheiten bereits als genetische Veranlagung zu entdecken und somit gar nicht erst entwickeln zu lassen, akzentuiert. Die Biomedizin und ihr Fokus auf das Verhindern potenzieller zukünftiger Krankheit ist damit auch Teil dessen, was der Soziologe Ulrich Beck (2015 (1986)) als „Risikogesellschaft" beschrieben hat. Also einer Gesellschaft, die sich um die Risiken herum definiert, welche in den Gefahrenszenarien einer als bedrohlich gezeichneten Zukunft entstehen. Giddens beschrieb dies auch als eine Art „Kolonisierung der Zukunft" (1991, 111).

Die Genetik ist in dieser zeitgenössischen Medizin des Risikos deshalb eine zentrale Komponente, weil mit dieser genetischen Landkarte die Risiken und das Potenzial der Zukunft erst sicht- und somit kalkulierbar wurden (Beck-Gernsheim 1995, 10). Im Zuge neuer genetischer Verfahren wurde Gesundheit nicht zu etwas, das mit Glück und Schicksal zu tun hatte, sondern ein Zustand, welcher individueller Entscheidungen bedarf, auf welche eingewirkt werden kann (Buchanan 2000). Die genetischen Diagnoseinstrumente der Reproduktionstechnologie bieten in diesem Sinne das Versprechen, präventiv einzugreifen, um eine unsichere Zukunft optimieren zu können. Diesbezüglich hat beispielsweise Silja Samerski (2015; 2009; 2002) in ihren Studien zur genetischen Beratung aufgezeigt, wie in diesen die Verantwortung für die Gesundheit des Nachwuchses mit Verweis auf eine bestimmte Zukunft an die Patientin (zurück)verwiesen wird. Dabei diskutiert sie auch die Materialisierung dieser Tendenz in Konzepten wie den Packungsbeilagen von Medikamenten oder dem Konzept des *Informed Consent* (Samerski 2002, 88).

Barbara Duden (2016) hat in Bezug auf die Schwangerschaft festgestellt, wie eine vormals „sinnliche Wahrnehmung" über neue Technologien, in ihrem Falle bildgebende Verfahren, zunehmend zu einem Prozess wird, welchen es mit Hinblick auf eine unsichere Zukunft zu managen gilt. Elisabeth Beck-Gernsheim (1991) wiederum bettete ihre Kritik an Reproduktionstechnologien in einen breiteren Gesundheitstrend, aber auch in eine Tendenz der gesteigerten Anforderungen an Eltern, ihren Kindern die besten Startchancen fürs Lebens zu geben, ein. Diese Idee der zukunftsgerichteten Optimierung der Start- und Lebenschancen verschärfe sich mit den neuen technischen Möglichkeiten. Beck-Gernsheim fragt deshalb rhetorisch nach Handlungszwängen in einer Welt, in welcher Selbstverantwortung für die Zukunft des Nachwuchses zur obersten Maxime wurde: „Können verantwortungsbewusste Eltern es in Zukunft noch wagen, ihrem Kind die Möglichkeit eines Handicaps zuzumuten? Müssen sie nicht alles Verfügbare tun, um jede Beeinträchtigung abzuwenden?" (1991, 63).

Ausgehend von diesen früheren medizinkritischen Arbeiten, lässt der Blick auf die Reproduktionsmedizin erkennen, wie über das dominante Imaginativ des ‚gesunden' Kindes solche Normierungszwänge als banale und wünschenswerte Zukunft verschleiert werden. Die oben zitierten älteren und neueren Studien haben gemeinsam, dass sie die Zukunft als wichtige Dimension aufzeigen, anhand derer die reproduktive Gegenwart strukturiert und erlebt wird. Dabei, auch das zeigen diese

Forschungen auf, entstehen neue Verantwortungsbereiche, in denen das Individuum sich seiner Zukunft annehmen muss. Die Zukunft ist dabei aber nicht reine Imagination, sondern definiert die konkreten Handlungsoptionen der Gegenwart. Wie so eine zukunftsgetriebene Gegenwart aussehen kann, veranschaulicht das nächste Kapitel.

10. Gegenwartspraktiken: Wie das ‚gesunde' Kind hergestellt werden soll

10.1. Audioauftakt III
Klicke hier oder fotografiere den QR-Code,
um zum Auftakt dieses Kapitels zu gelangen.

„Dieses Paar, ob es nun von außerhalb oder aus der Region kommt, hat sein künftiges Kind in unsere Hände gelegt. Also nehmen wir das sehr, sehr ernst. Wir können nicht, so hart es auch klingt, die Eizellen an einem Ort kaufen, von dem ich nicht weiß, wo sie herkommen, auch wenn sie mir Garantien geben mögen. Also (...) die Eizellenspenderinnen, und im Moment haben wir mehr als 600 in unserer Bank, werden bei uns einer strengen, strengen, strengen Selektion unterzogen" (Rosa, Klinikmanagerin, Alicante, 31.3.2017).

„Wir machen eine starke Selektion. Also von 100 Spenderinnen lehnen wir 60 oder mehr ab. Von 100 potenziellen Spenderinnen spenden schließlich vielleicht 30, 35" (Carlos, Manager Eizellenspendebank, Milano, 20.3.2017).

„Klar, die fragten alles Mögliche ab über mein Leben. Über Kranke heiten in der Familie, ob ich Drogen nehme, ob ich rauche, ob ich trinke. Die fragten, wie mein Alltag so ist, ob ich Sport mache oder nicht, was meine Leidenschaften sind, ob ich studiere, ob ich gut in der Schule war. Auch so Dinge fragen sie" (Lisa, Eizellenspenderin, Alicante, 31.3.2017).

Meine Arbeitsdefinition eines Imaginativs

Ein Imaginativ setzt sich aus drei Teilen zusammen:

1. Es beruht auf Ungleichheitsstrukturen und (re)produziert Machtverhältnisse.
2. Es bezeichnet kollektiv geteilte Vorstellungen, Wünsche, Hoffnungen und Ängste, welche die Zukunft betreffen.
3. *Es bringt dadurch spezifische Gegenwartspraktiken hervor.*

Die minutiöse Selektion der Eizellen (und damit der Eizellenspenderinnen) ist ein Schlüsselmoment in der Herstellung des ‚gesunden'

Kindes. Während etwa Geburtsgebrechen kaum voraussehbar sind und die Überwachung der Schwangerschaften per Pränataldiagnostik nicht in den Zuständigkeitsbereich von Reproduktionskliniken fällt, ist das zu vererbende Genmaterial für die Kliniken das zentrale kalkulierbare Element. Die Selektion der Eizellen wird deshalb oft als Qualitätsmerkmal einer Klinik gehandelt. Nachdem ich im letzten Kapitel aufgezeigt habe, dass das ‚gesunde' Kind das zentrale Merkmal der in der Klinik vorherrschenden Zukunftsnarrative ist, geht es hier nun darum, die spezifische Gegenwart aufzuzeigen, welche diese Zukunftsvisionen hervorbringen. Dieses Kapitel bezieht sich also auf die dritte Dimension des Imaginativs: die spezifischen Gegenwartspraktiken. Das ‚gesunde' Kind ist eben nicht nur eine Wunschvorstellung, sondern soll auch konkret hergestellt werden – und dies primär mittels Selektionstechniken. Während ich im letzten Kapitel mit Bezug auf die Zukunftsvisionen aufgezeigt habe, dass ARTs im spanischen Kontext auch SRTs, also selektive Techniken sind, vertiefe ich in diesem Kapitel die Praktiken der Eizellenspende als selektive Technik. In einem ersten Teil zeige ich die konkreten Abläufe der Selektion der Spenderinnen[33] innerhalb der Klinik sowie die spezifischen Details des genetischen Trägertests auf. In einem zweiten Teil beleuchte ich die Unsicherheiten und Brüchigkeiten, welche in der Produktion von vermeintlicher Sicherheit entstehen. Schließlich führe ich aus, welche spezifischen Thematiken sich aus diesen Selektionsprozessen für Eizellenspenderinnen, Eizellenempfänger*innen und Klinikmitarbeitenden ergeben.

10.2. Die Selektion – Eine Übersicht

Die Selektion der Eizellenspenderinnen beinhaltet verschiedene Schritte. Im Falle von Eizellenspenderinnen-Agenturen, welche Spenderinnen an Kliniken weitervermitteln, geschieht eine erste Selektion noch bevor die Eizellenspenderinnen zur Klinik gelangen. In diesem Kapitel beziehe ich mich jedoch primär auf die Selektion der Spenderinnen innerhalb der Klinik.

33 Ausgangspunkt für dieses Kapitel zur Selektion sind Gedanken, welche ich mit Anna Molas entwickelt habe. Sie sind in der Publikation „Selecting women, taming bodies? Body ontologies in egg donation practices in Spain" (2020) nachzulesen. Ich führe diese Überlegungen in diesem Kapitel jedoch mit dem Fokus auf den genetischen Trägertest weiter.

10.2.1. Psychologische und physiologische Selektion

Das psychologische Auswahlprozedere in der Klinik beinhaltet ein persönliches Gespräch sowie einen standardisierten psychologischen Test. Die Klinikpsychologin stellt dabei Standardfragen zur Motivation für die Spende wie auch zur Biographie der Spenderinnen. Dabei kontrolliert sie auch immer den Fragebogen, welchen die Spenderinnen vorher im Wartesaal ausgefüllt haben, und stellt Nachfragen dazu. Danach füllen die jungen Frauen einen standardisierten psychologischen Test[34] aus (Tagebuchnotiz, Valencia, 6.3.18 und 13.3.18). Der Ablauf der physiologischen Abklärungen ist meist wie folgt: Im Erstgespräch gibt das ärztliche Personal grundlegende Informationen zum Ablauf der Spende und bespricht (kurzfristige) Risiken. Die Risiken der Spende sowie eine Erklärung des Ablaufs der Spende sind ausführlich in einem Dokument aufgelistet, welches den Spenderinnen gegeben, jedoch nicht besprochen wird. Entweder an diesem ersten Tag oder aber bei der Mitteilung der Resultate sieben Tage später unterschreiben die Spenderinnen mehrere Verträge. Wenn die Psychologin keine Einwände gegen die Spende hat, werden die physiologischen Tests durchgeführt. Diese beinhalteten einen Abstrich, einen vaginalen Ultraschall sowie einen Bluttest, bei welchem sexuell übertragbare Krankheiten getestet werden. Eine Woche später übermittelt die Klinik die Resultate, um – bei positivem Entscheid – schließlich den genetischen Trägertest durchführen zu können (Tagebuchnotiz, Valencia, 13.2.18).

10.2.2. Der genetische Trägertest

> „Heute ist der erste Tag meiner Feldforschung. Ich spreche mit dem administrativen Leiter über meine Forschungsfragen und die Zeit an seiner Klinik. Nach einer Weile kommen wir auf die genetischen Trägertests zu sprechen. Er meint, dass er die Vision aus der Genetik nicht teile, sie würden da ‚von Menschen sprechen, als wären es Ratten', ‚*puros scientificos*' seien das. Aber es sei schon klar, dass man das nun anbieten müsse, denn es gäbe einen richtigen Boom im Bereich der genetischen Tests. Nach nur zwei Jahren koste das genetische *Matching* statt 1300 Euro mittlerweile nur noch 450 Euro. Und mit dieser Tendenz, so schließt Hectór, hoffe er doch, dass nachdem schon alle Spenderinnen einen genetischen Trägertest machen, bald alle das genetische *Matching* machen werden" (Tagebuchnotiz, Valencia, 12.2.2018).

34 Die SEF empfiehlt dabei auf das Diagnostische und Statistische Klassifikationssystem DSM-V zurückzugreifen (Blabia, Ródenas, und Bascuñana 2017).

„‚Mutation' oder ‚verändertes Gen' bezeichnet [...] nicht eine irgendwie ‚fehlerhafte' oder ‚anormale' DNA-Sequenz, sondern der Terminus schließt bereits die Interpretation eines statistischen Zusammenhangs mit ein. Ein häufiger Irrtum ist die Annahme, dass sich auf molekulargenetischer Ebene bereits feststellen ließe, jemand habe ‚normale' Erbanlagen oder eine ‚normale' genetische Ausstattung. Auf molekulargenetischer Ebene gibt es jedoch weder ‚normal' noch ‚verändert' oder ‚defekt'. Man findet hier nur Basensequenzen [...] Erst dann, wenn eine Variation auf DNA-Ebene mit einem bestimmten, auffälligen Phänotyp korreliert, wird diese für Genetiker zu einer Mutation [heute Variation genannt] [...] Nicht die Diagnose oder Prognose von Gesundheit, sondern die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung oder einzelner Symptome ist also das Ergebnis eines Gentests. Dabei ist meistens nicht nur nichts über Schwere und Manifestationszeitpunkt der Krankheit ausgesagt, sondern in den meisten Fällen kann nicht einmal prognostiziert werden, ob die getestete Person überhaupt jemals erkranken wird" (Samerski 2002, 115 f.).

Der genetische Trägertest ist, wie im letzten Kapitel bereits aufgezeigt, exemplarisch für eine Normalisierung von Technik in der Reproduktionsmedizin. Genetische Trägertests basieren auf dem Verfahren der genetischen Sequenzierung, bei welchem über einen Bluttest eine große Bandbreite an Genen untersucht wird, um Mutationen (heute Variationen genannt) zu lokalisieren. Mit einem Karyotyp, einer Kontrolle der Chromosomeneigenschaften, wird zudem die Anwesenheit von chromosomalen Translokationsstörungen festgestellt (Abulí u.a. 2016, 1354). Grundsätzlich gibt es bei genetischen Tests die Unterscheidung zwischen präsymptomatischen, diagnostischen sowie *Screening*-Verfahren. Während die diagnostischen Tests eingesetzt werden, um einen bestimmten Phänotypus genetisch zu bestätigen, richten sich präsymptomatische Tests an gewisse asymptomatische Individuen mit erhöhten Risiken (bspw. das Testen von BRCA1/2 bei Frauen mit erhöhtem Brustkrebsvorkommen in der Familie). *Screenings* hingegen richten sich an eine bestimmte Bevölkerungsgruppe und ergeben statistische Wahrscheinlichkeiten für diese. Die genetischen Trägertests, wie sie in Spanien als Routinetechnologie bei IVF angewandt werden, sind der letzteren Gruppe zuzurechnen, da es hier um eine bestimmte Gruppe (Keimzellenspender*innen/IVF-Patient*innen) geht, für deren Nachkommen eine statistische Wahrscheinlichkeit (Vererbung von genetischen Krankheiten) erhoben wird.

Bei diesen Trägertests werden primär die sogenannten Mendel'schen (monogenetischen) Erkrankungen getestet, von welchen um die 10'000 bekannt sind. Es handelt sich dabei um selten auftretende, unheilbare Erkrankungen, welche über die Vererbung von zwei gesunden Träger*innen auf ein Kind übertragen werden können. Befürworter*innen sehen in den genetischen Trägertests eine Möglichkeit, Abtreibungen zu verhindern, indem die Auswahl von ‚gesunden' Kindern bereits früher geschieht:

> „Wenn die Gesundheitssysteme auf der ganzen Welt die Trägertests für rezessive und dominante Varianten unterstützen und den Einsatz von PID [Präimplantationsdiagnostik] zur Vermeidung schwerwiegender Behinderungen finanzieren würden, könnten die bereits verfügbaren Instrumente die Häufigkeit von vererbten, jedoch nicht *de novo* auftretenden, schweren mendel'schen Behinderungen ohne einen einzigen Schwangerschaftsabbruch drastisch verringern" (Beaudet 2015, 2).

Die bekanntesten der heute so getesteten Krankheiten sind Thalässemie, Sichelzellenanämie, Bluterkrankheit, Mukoviszidose, Tay Sachs, Huntington oder Fragiles-X-Syndrom (WHO 2020). Während die Tests bereits in den siebziger Jahren gezielt eingesetzt wurden bei Krankheiten, welche erhöht in bestimmten Ethnien vorkommen (wie Tay-Sachs bei Aschkenasi-Jüd*innen oder Beta-Thalässemie bei Menschen aus dem Mittelmeerraum), wurde die Liste der Krankheiten immer mehr ausgeweitet. Der breitere Einsatz von sogenannten „universellen Trägertests", bei welchen Hunderte von Genen simultan analysiert werden, kam erst 2010 auf den Markt (Beaudet 2015, 1). Dies hat auch mit neuen informatischen Technologien zu tun, welche in gewissen Genetiklaboren bereits eingesetzt werden, dem sogenannten *next generation sequencing* (NGS) und den Mikrochips (Dondorp u.a. 2014, 1355). Diese Verfahren sind insofern neu, als sie nicht nach einer bestimmten Variante ‚suchen', sondern eine ganze Sequenz analysieren (Biesecker und Biesecker 2019, 18ff.). Dabei sind die technischen Details dieser Erhebungsinstrumente für meine Arbeit weniger zentral, wohl aber deren Bedeutung für die rasante Verbreitung der Tests, denn diese haben auch zu einer Normalisierung von genetischen Trägertests geführt:

> „Mit der Einführung neuer (schnellerer und billigerer) Gentechnologien ist es jetzt möglich, eine viel größere Anzahl von

> Sequenzvarianten zu erkennen, aber auch gleichzeitig auf viele verschiedene Krankheiten zu untersuchen, und zwar in einer schnelleren Durchlaufzeit, ohne dass die Kosten wesentlich steigen" (Henneman u.a. 2016, e2).

Eine Problematik der genetischen Trägertests ist das Auftreten von sogenannten VOUS (*Variants of Unknown Significance*), also genetischen Varianten, bei welchen man (noch) nicht weiß, ob sie pathogen, also krankmachend sind oder nicht. Hinzu kommt das Problem, dass gewisse Varianten, welche vorher als auffällig eingestuft wurden, nach neustem Wissensstand doch nicht pathogen sind (Hoskinson, Dubuc und Mason-Suares 2017, 2). Eine weitere Problematik ist die Unterscheidung zwischen Genotypus und Phänotypus: Eine genetische Mutation muss noch nicht zu einem Ausbruch der Krankheit führen, da es auf deren Penetranz ankommt, nämlich die statistische Wahrscheinlichkeit, ob sich ein genetisches Merkmal auch ausprägt (Bartholdi u.a. 2011, 11). Alle Menschen sind Träger*innen von genetischen Varianten, jedoch haben darüber nur die wenigsten Kenntnis. Wichtig ist hier aber auch die Kontextualisierung. Genetisch vererbbare Krankheiten treten sehr selten auf: Das *Screening*-Verfahren verspricht gemäß der spanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin SEF eine Minimierung des auf 2–3% geschätzten statistischen Risikos, dass zwei biologische Eltern Träger*innen der gleichen genetisch vererbbaren Krankheit sind (Castilla u.a. 2019, 47). Aber auch diese Zahlen sind relativ, denn wie mir ein Genetiker auf meine Nachfrage, wie das nun sei mit diesen Prozentzahlen, schrieb: „Es gibt keine global gültigen Prozentzahlen, wie viele Paare Träger einer Krankheit sind; das kommt auf den Test drauf an, den man macht. Je mehr Gene das Panel beinhaltet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass beide Träger sind" (Tagebuchnotiz, Fribourg, 14.12.2020).

Bei den genetischen *Matchings* werden eine sehr hohe Anzahl von Varianten per Algorithmus miteinander verglichen, um dann passende *Matchs* zu bilden (Tagebuchnotiz, Genetikfirma Genoma, 17.10.2018). Dieses genetische *Matching* gehört in einigen Kliniken zwar bereits zum Standardpaket, in anderen, wie etwa bei CREAVIVA, wird dieses jedoch separat verrechnet und nur der genetische Trägertest der Spenderinnen ist integraler Bestandteil der Behandlung. Beim genetischen Trägertest werden entweder direkt diejenigen ausgefiltert, welche Trägerinnen sind von einer der ca. 10-12 statistisch am häufigsten auftretenden Krankheiten, oder aber auch diese Trägerinnen werden benutzt,

jedoch ausschließlich für Paare, welche ein genetisches Matching durchführen wollen (aktuelle Praxis bei CREAVIVA).

2020 veröffentlichte die spanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin SEF ein Dokument in Bezug auf die genetischen Trägertests mit Drittparteien. Darin wurde empfohlen, folgende Marker in den Trägertests zu beachten:

> „Empfohlen wird das Testen von Genen, die mit Krankheiten assoziiert sind, welche die Lebensqualität im Sinne eines intellektuellen oder körperlichen Defizits erheblich einschränken, eine lebenslange medizinische oder chirurgische Behandlung erfordern oder die Lebenserwartung verringern, indem sie sich in den ersten Lebensjahrzehnten manifestieren. [...] Deshalb sollte ein Panel nur Krankheiten enthalten, welche sich auszeichnen durch einen definierten Phänotyp schwerer, hoher Penetranz, hoher Trägerfrequenz und einem kausalen Zusammenhang zwischen der pathogenen Variante und dem Phänotypen" (Castilla u.a. 2019, 11).

Betrachtet man diese Auflistung genau, fällt auf, dass diese immer noch sehr viel Ermessenspielraum lässt, beispielsweise hinsichtlich des Kriteriums einer Krankheit, welche in den „ersten Jahrzehnten" auftritt. Sind damit die ersten zwei Jahrzehnte, die ersten drei, oder die ersten fünf gemeint? Das wird in dieser Formulierung nicht klar. Aber auch das Kriterium der Lebensqualität ist sehr unterschiedlich interpretierbar und alles andere als klar definiert.

Der genetische Trägertest hat schließlich ganz konkrete ökonomische Auswirkungen: Während Eizellenspenderinnen bisher primär über ihre Keimzellen in die transnationale Bioökonomie eingebunden waren, werden sie über die genetischen Trägertests auch zu Spenderinnen epidemiologischer Daten und sind damit nicht nur relevant für die Reproduktionsmedizin, sondern werden auch zu zentralen Akteurinnen für die Reprogenetik, wie ein Genetiker erklärt:

> Laura: Hier gibt es ja so viele Reproduktionskliniken: Haben die eigentlich auch einen Einfluss auf die Forschung im Bereich der Genetik?
>
> Juan: Klar. Mich als Forscher interessiert beispielsweise Folgendes: Früher dachte man von gewissen Krankheiten, dass sie sehr selten sind – heute mit diesen genetischen Trägertests stellen wir fest, dass

die viel häufiger sind als wir gedacht haben. Dass es viel mehr Träger von diesen Krankheiten gibt [...] Weil vorher hat man diese Trägerstudien ja primär mit Neugeborenen gemacht. Wenn man ein Baby hatte, das krank geboren wurde, hat man das registriert und dann wusste man, die Mutter oder der Vater war Träger, und so hat man dann eine Schätzung gemacht. Heute haben wir exakte Daten. Heute wissen wir, wie viele Personen – Männer oder Frauen – wirklich Träger einer bestimmten Mutation sind. Das ist sehr wichtig. Aus einer epidemiologischen Perspektive ist das ‚brutal', weil du ja besser weißt, wie viele Krankheiten es gibt und dann dem nachgehen kannst, warum einige Symptome entwickeln und andere nicht. Da kommen wir auf ein anderes Konzept der variablen Ausprägung zu sprechen: die Penetranz. Das ist ein sehr wichtiges genetisches Konzept, und das ist nun wirklich historisch, bis heute hatten wir nie Zugang zu diesen Daten. Es ist das erste Mal in der Geschichte der Menschheit, dass wir an diese Daten der Personen kommen, bevor sich diese reproduzieren. Das ist eine Innovation, das hat es noch nie gegeben.

Laura: Und das ist dank der Reproduktionsmedizin?

Juan: In Bezug auf die Spenderinnen schon. Es gibt natürlich auch Paare, die kommen einfach, um das zu wissen. Aber die große Mehrheit sind Spenderinnen, ja (Juan, Genetiker, Valencia, 14.11.2018).

Spenderinnen sind in diesem Kontext also nicht ‚nur' Lieferantinnen von Keimzellen – sondern sie liefern auch wertvolle epidemiologische Daten. Somit sind Spenderinnen in Bezug auf die Bioökonomie wichtige Akteurinnen für eine neue Form von Kapitalismus, welche Couldry und Mejias (2019) „Datenkolonialismus" nennen. Gemeint ist damit eine Phase des Kapitalismus, in welchem menschliches Leben über deren Daten extrahiert, digitalisiert und angeeignet wird (Couldry und Mejias 2019). Diese Wichtigkeit der Eizellenspenderinnen für die Forschung in der Genetik erklärt sowohl die Haltung der Genetiker*innen, welche die Wichtigkeit des genetischen Trägertests unterstrichen, wie auch die Publikation der SEF, welche eine flächendeckende Einführung des Tests für alle IVF-Verfahren mit Drittparteien empfiehlt (Castilla u.a. 2019).

„Der Datenkolonialismus verbindet die räuberischen Ausbeutungspraktiken des historischen Kolonialismus mit den abstrakten Quantifizierungsmethoden der Computertechnik. Big Data vom globalen Süden aus zu verstehen, bedeutet, die gegenwärtige Abhängigkeit des Kapitalismus von dieser neuen Art der Aneignung zu verstehen. Diese greift in jedem Punkt im Raum, wo Menschen oder Dinge mit den heutigen Verbindungsinfrastrukturen verbunden sind. (…) So wie der historische Kolonialismus langfristig die wesentlichen Voraussetzungen für die Entstehung des Industriekapitalismus geschaffen hat, so ist zu erwarten, dass der Datenkolonialismus im Laufe der Zeit die Voraussetzungen für eine neue Stufe des Kapitalismus schaffen wird, die wir uns heute noch kaum vorstellen können, in der aber die Aneignung des menschlichen Lebens durch Daten zentral sein wird“ (Couldry und Mejias 2019, 337).

Grundsätzlich lässt sich schließen, dass der flächendeckende Einsatz des genetischen Trägertests aufzeigt, wie sich in der Praxis der Eizellenspende die assistierte und selektive Reproduktion vermischen. Der Trägertest ist ein Anzeichen für die Normalisierung von Technik wie auch für eine zunehmende Technisierung in der Normierung von Körpern. So ist der genetische Trägertest zwar ein neueres Phänomen, aber in den spanischen Kliniken bereits integraler Bestandteil etablierter Reproduktionstechniken. Damit ist er auch ein wichtiger Bestandteil in der Herstellung des ‚gesunden' Kindes – verspricht er doch, das Risiko von genetisch vererbbaren Krankheiten zu senken.

10.2.3. Der Trägertest und das volatile Wissen

Ein Merkmal der Selektionspraktiken ist die Volatilität und Brüchigkeit des Wissens, welches die Grundlage für dieselben darstellt. Die Brüchigkeit zeigt sich in verschiedenen Situationen. So etwa in der Kommunikation mit Empfänger*innen, bei denen die Ärzt*innen, wenn ein Verfahren nicht zum Erfolg führt, die Unsicherheit und das Unwissen in den Vordergrund rücken, während, wie im letzten Kapitel aufgezeigt, in der Klinik eine grundsätzliche Technikgläubigkeit vorherrscht. Die folgende Beobachtungsnotiz veranschaulicht dies:

> „Die Patientin ist den Tränen nahe: ‚Aber warum ist denn kein einziges der Embryonen gut? Ich verstehe das nicht. Wie kann das sein? Sie haben doch gesagt, unsere Chancen seien gut'. José Luis

> relativiert: ‚Es ist normal, dass nur wenige bis zum Blastozystenstadium kommen… niemand kann heute wissen, ob sich Embryonen befruchten und warum! Früher hat man gemeint, 40% der Eizellen würden es bis zum Blastostadium schaffen, im Januar erst hat ein Amerikaner herausgefunden, dass dem nicht so ist. Niemand weiß, was wirklich ist'. Die Frau fragt nach: ‚Aber warum waren denn die anderen Embryonen alle nicht gesund?' Der Arzt seufzt: ‚Ich weiß es nicht.' Darauf erwidert die Patientin etwas aufgebracht: ‚Aber in dem Fall ist die Biologie nicht sehr fortschrittlich?' José Luis antwortet: ‚Das ist leider so, viel weniger, als wir immer denken, es gibt einfach zu viele externe Faktoren, die dazu führen können, dass es nicht klappt: Die Maschinen, die Spermien, das Nährmedium, die Biologin. Man weiß es einfach nicht'" (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.7.2018).

Das Gespräch zwischen dem Arzt und der Patientin zeigt auf, wie Unwissen in Bezug auf die Biologie plötzlich hervorgehoben wird. Mit Giddens gesprochen kreiert José Luis einen „verhängnisvollen Moment" (1991, 113), das fehlende Wissen wird hier als zu akzeptierendes Schicksal definiert. Dies konnte ich oft beobachten und es war meist der Fall, wenn Unklarheiten auftauchten. Das Wissen war also nicht nur brüchig, sondern auch enorm wandelbar, also volatil: Es wurde immer der jeweiligen Situation angepasst. Dieses *volatile Wissen* erlaubt es dem Arzt in diesem Fall, das Versagen der Technik zu erklären. Das über den genetischen Trägertest erworbene Wissen bezüglich des Erbmaterials und dessen Übermittlung zeigen nun eine weitere wichtige Dimension auf für die Volatilität des Wissens.

Un/sicherer Trägertest

In vielen Kliniken wird der Trägertest für alle Beteiligten klar als Vorteil dargestellt. Die Aussage einer Klinikmanagerin aus Alicante ist dafür exemplarisch: „Es gibt den Paaren natürlich eine riesige Ruhe und Gelassenheit zu wissen, dass ihr Kind, zumindest zur Hälfte, die 600 häufigsten Genkrankheiten nicht haben wird" (Rosa, Klinikmanagerin, Alicante, 31.3.2017). Gleichzeitig passt sich die Haltung der Ärzt*innen zum genetischen Trägertest aber auch fortwährend dem jeweiligen medizinischen Wissensstand an und ist daher sehr volatil. Eine Genetikerin meinte diesbezüglich, dass die Auswahl der zu testenden Krankheiten variiere, je nachdem, an welchen Kongressen die Ärzt*innen der jeweiligen Klinken gerade waren (Tagebuchnotiz, Genetikfirma Reprogen, 17.10.2018). Auf der anderen Seite erwähnte eine Ärztin, dass „man wohl auf ein gleiches Resultat aus dem Trägertest zehn

verschiedene Meinungen erhält. Es ist ja unglaublich, wie wenig man eigentlich weiß in Bezug auf die Genetik" (Tagebuchnotiz, Valencia, 17.4.2018). Ein Arzt erzählte von einem Kongress, bei welchem er erfahren hat, „dass man nur etwa 0,7% der bekannten genetischen Krankheiten über diese Trägertests aufsuchen kann, und das ist ja nichts" (Tagebuchnotiz, Valencia, 5.7.2018). Aber auch die Einschätzung, wie viele Spenderinnen tatsächlich über den Trägertest ausselektioniert werden, variierte: Während ein Arzt von CREAVIVA meinte, es würden dadurch nicht mal 10% der Spenderinnen ausselektioniert (Tagebuchnotiz, Valencia, 4.7.2018), meinte der Chefarzt, zu den 20%, welche über die restlichen Selektionsmechanismen rausfallen, würden weitere 20% aufgrund der Trägertests ausselektioniert (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.7.2018).

Bei CREAVIVA wandelte sich die Haltung des Chefarztes zum Trägertest während meines zehnmonatigen Aufenthalts um 180 Grad. Während José Luis im Februar noch proklamierte, dass er die genetischen *Matchings* für alle Patientinnen als inhärenten Teil ihrer Behandlung einführen wolle (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.2018), war er nur fünf Monate später davon überzeugt, dass genetische *Matchings* „nur da sind, um mir noch mehr Arbeit zu machen" (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.7.2018). Seine revidierte Meinung dazu schien klar:

> „Ich glaube, dass man keine genetischen Trägertests machen sollte. So wie ein Paar, welches ein Kind außerhalb der Klinik bekommt, keinen Test durchführt. Ich denke, wir kreieren dadurch eine falsche Erwartungshaltung. Ich glaube nicht, ich wiederhole dies, ich glaube nicht, dass wir Gentests durchführen sollten. Und ich glaube, dass Paare, welche hierherkommen, dadurch, dass wir ihnen sagen, dass wir bei den Spender*innen genetische Tests machen, denken, dass dies eine Garantie dafür ist, ein gesundes Baby zu bekommen. Und schau, das stimmt einfach nicht. Heute können wir mit dem genetischen *Matching* gerade mal 1% der genetischen Krankheiten herausfinden. Und das ist nichts. Das erstaunt dich nun, was? Aber das ist so" (José Luis, Arzt, Valencia, 28.6.2018).

Ich habe nie erfahren, was genau die Gründe für den Meinungswechsel von José Luis waren. Aber die Gründe sind hier auch sekundär. Die Kehrtwende der Meinung des Chefarztes ist an und für sich bezeichnend für das sich rasant wandelnde Wissensfeld der Reprogenetik, in welcher heute schon nicht mehr gilt, was gestern noch klar war. Sie verweist damit auch auf eine Fluidität und Brüchigkeit, welche in

starkem Kontrast steht zu der vermeintlichen Sicherheit, welche der Genetik als „Buch des Lebens" (Rothman 2001) gesellschaftlich immer noch zugeschrieben wird.

Die Befürchtung, dass sich die Patient*innen durch den genetischen Trägertest in einer ‚falschen Sicherheit' wähnen, wurde dann kurz darauf auch in einer Beobachtung bestätigt, bei welcher eine Empfängerin meinte: „Wir haben uns noch gefragt: Muss ich eigentlich dann noch Pränataldiagnostik machen? Ich denke nicht, oder? Ihr werdet mir ja schon ein gesundes Embryo einpflanzen" (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.7.2018). Der behandelnde Arzt meinte darauf, dass sie natürlich trotzdem Pränataldiagnostik machen müsse, und dass dies alles keine Garantie sei für ein gesundes Kind.

In CREAVIVA wurde die Anwendung des genetischen *Screenings* trotz dieser kritischen Stimmen nicht grundsätzlich hinterfragt. Als ich José Luis darauf ansprach, dass die Entwicklung der Klinik wohl eher in Richtung mehr Tests als weniger gehe – da durch eine Fusion gerade die Reprogenetik ausgebaut wurde – meinte er etwas resigniert: „Na ja, es bleibt uns wohl nichts anderes übrig" (Tagebuchnotiz, Valencia, 9.7.2018). Wie ich im letzten Kapitel aufgezeigt habe, ist diese fatalistische Perspektive auch erklärbar durch die zentralen Technik- und Fortschrittsnarrative, welche zu einer Normalisierung von Techniken führen.

10.3. Unsichere Sicherheiten

In den Selektionsprozessen werden in verschiedenen Momenten sowohl Sicherheiten wie auch Unsicherheiten wichtig. Grundlage für diesen Prozess ist der Verweis auf statistische Wahrscheinlichkeiten sowie grundsätzlich die Dimension des Risikos, welche, wie die Soziologen Beck und Giddens[35] bereits vor Jahren aufgezeigt haben, unsere Gesellschaft in ihrer Essenz definiert (Giddens 1991; Beck 2015 (1986)). Bevor ich diese Relevanz von Wahrscheinlichkeiten und Risiken am Beispiel von Beobachtungsprotokollen aus meiner Forschung aufzeige, möchte ich hier Silja Samerskis „Verrechnete Hoffnung" (2002) vorstellen. Samerskis Forschung hat die Entwicklung innerhalb der

35 Die Risikosoziologie hat sich intensiv mit der gesellschaftlichen Bedeutung von Risiko auseinandergesetzt. Die Gedanken sind sehr wohl wegweisend für meine Argumente, können hier jedoch kaum in ihrer Fülle rezipiert werden (Beck 2015 (1986); Giddens 1991; Ekberg 2007).

Medizin von einer Expertenherrschaft hin zu einem Ethos des selbstverantwortlichen Entscheides aufgezeigt (Samerski 2002, 88).

Mit Blick auf genetische Beratungsgespräche zeigt die Autorin die Verquickung von fachlichen Termini wie Gen, Risiko und Wahrscheinlichkeit mit umgangssprachlichen Konnotationen auf. Gerade der Begriff des Risikos ist diesbezüglich aussagekräftig: Dieser steht in der Fachsprache bloß für eine Wahrscheinlichkeit, umgangssprachlich ist jedoch Gefährdung mitgemeint. Daher hat Risiko auch eine negative Konnotation. Bei der Verhandlung von Risiken für eine Be_hinderung oder ‚Erkrankung' des Nachwuchses macht die Mitteilung der Wahrscheinlichkeit an Patient*innen nur Sinn, wenn diese Konditionen als negativ oder gefährdend dargestellt werden, sonst gäbe es kein Interesse daran, eine Wahrscheinlichkeit zu berechnen (ebd., 111f.). Schließlich zeigt Samerski aber auch die begrenzte Aussagekraft dieser statistischen Wahrscheinlichkeiten auf, welche immer nur in Hinblick auf eine statistische Population, nie aber auf ein Individuum gemacht werden (ebd. 2002, 116).

Beim genetischen Trägertest zeigen sich die von Samerski beschriebenen Mechanismen, jedoch sind hier zwei verschieden positionalisierte Subjekte involviert: Eizellenspenderinnen und werdende Eltern. Die Gegenüberstellung von zwei Beobachtungssituationen veranschaulicht, wie diesen dieselben Fakten anders übermittelt werden:

> Heute kann ich die Beratung eines Kinderwunschpaars mitverfolgen. José Luis begrüßt das Paar und erklärt den Ablauf einer In-Vitro-Fertilisation. Er rät ihnen an, den Transfer im Blastozystenstadium zu machen. Danach kommt er auf das genetische *Matching* zu sprechen. Er empfiehlt es den beiden ganz klar. Dabei beginnt er immer gleich: „Wir sind alle Träger von gewissen Krankheiten. Aber das macht nichts, solange der Partner nicht Träger derselben Krankheiten ist. Bei diesem Test schaut man, dass dies nicht passiert. Man kann natürlich nicht verhindern, ein krankes Kind zu kriegen, aber die Chancen doch ein bisschen reduzieren." Darauf fragt die Patientin: „Wir kreieren damit also ein Monster? Ein Monster der Perfektion"? José Luis beschwichtigt sie: ‚100% der genetischen Erkrankungen könnten eh nicht ausgeschlossen werden, aber die häufigsten schon. Heute testen wir fast 400 Krankheiten." Die beiden schauen sich an – sie wirken unsicher. Nach einer kurzen Pause meint die Patientin: „Na, wenn Sie das empfehlen, dann machen wir es." Darauf antwortet der Arzt: „Ja,

natürlich, es ist gut. Und wir suchen das Beste für Sie, ok?" (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.2018).

Eine Spenderin kommt herein, um ihre Resultate abzuholen. Sie ist Trägerin einer (pathogenen) Variante, einer genetisch vererbbaren Form der Gehörlosigkeit. José Luis sagt dies und meint sogleich: Das ist aber nichts Anormales. Wir haben alle eine Genetik. Wir haben alle Mutationen. Ich, Sie, du. Das macht nichts. Aber wir können die weitervermitteln. Einige sind häufiger, andere seltener. Das heißt, einige werden häufiger vererbt, andere weniger. Aber insgesamt ist das sehr, sehr selten. Auch wenn der Mann ein Träger von dieser Krankheit ist, ist die Wahrscheinlichkeit, dass das weitervererbt wird bei 25% – nicht mehr. Aber das ist wirklich nicht weiter schlimm, weil wir ja alle Träger einer bestimmten Krankheit sind. Aber weil du Trägerin bist, müssen wir für dich eine Empfängerin finden, deren Mann nicht Träger derselben Krankheit ist. Wir machen einfach ein sogenanntes *Matching* mit dir (Tagebuchnotiz, Valencia, 11.7.2018).

„Der Begriff der reproduktiven Freiheit ist durch die Verantwortung der Individuen, diese reproduktive Freiheit auch wahrzunehmen, eng an eine biopolitische Verwaltung des Lebens gebunden. Individuelle Freiheit wird dann zu der Matrix, durch welche der Wunsch nach dem Normalen kanalisiert wird und durch welche die Beseitigung des Abnormalen selbst zunehmend normalisiert wird" (Mills 2016, 117).

Die Aussage des Chefarztes über ein und dasselbe Verfahren – den genetischen Trägertest – variiert in den zwei Beobachtungssituationen. Während bei der Spenderin die 25% Wahrscheinlichkeit der Vererbung als nicht relevant („das ist nicht weiter schlimm") übermittelt werden, scheint dasselbe Risiko bei den Patient*innen relevant („man kann ein krankes Kind nicht verhindern, aber die Chancen doch ein bisschen reduzieren"). Während bei den Empfänger*innen die Chancen der Übertragung also wichtiger gemacht werden, werden diese bei den Spenderinnen heruntergespielt. Es ist also eine strategische Nutzung von Statistiken, welche hier zu beobachten ist. Dabei gilt es zu bedenken, dass der Verweis auf Wahrscheinlichkeiten in einer Beratungssituation problematisch sein kann, denn wie oben bereits erwähnt, können „Risiken nur homogenen Mitgliedern statistischer Populationen zugeschrieben werden, aber nicht Individuen" (Samerski 2002, 242). In der Beratungssituation wird aber eine Person als

Individuum angesprochen, wodurch sich diese Sphären vermischen. Es ist also davon auszugehen, dass die Personen die Wahrscheinlichkeit auf sich beziehen, was faktisch nicht zutrifft, weil der Test nur Aussagen über statistische Größen machen kann (ebd., 242).

Schließlich zeigt gerade die erste Beobachtungssituation auch auf, dass sich über den Trägertest nicht nur Sicherheiten, sondern auch Unsicherheiten herausbilden: So ist die primäre Reaktion des Paares doch Unsicherheit, was im Hinblick auf diese Optionen nun zu tun sei. Wie ich bereits im letzten Kapitel aufgezeigt habe, wird über die Verselbstständigung der Technik eine neue (technikaffine) Ethik erschaffen. Im Folgenden soll aufgezeigt werden, inwiefern sich diese Ethik für die involvierten Akteur*innen in eine neue Verantwortung übersetzt: Die Möglichkeit, einen genetischen Trägertest anzuwenden und damit potenzielle Krankheiten zu verhindern, lässt die Nicht-Anwendung des genetischen Trägertests quasi unethisch erscheinen, da das Risiko von Krankheiten ‚wissentlich' in Kauf genommen wird.

10.3.1. Neue Verantwortungen

> „Natürlich muss man die [genetischen Trägertests] machen, es ist sehr wichtig. Da die Wissenschaft es erlaubt, total viele Fehlbildungen zu diagnostizieren, muss man das machen. Ich glaube, das ist eigentlich obligatorisch, den genetischen Trägertest wie auch das *Matching* anzuwenden, wenn es wissenschaftlich möglich ist" (Marco, Anästhesist, Valencia, 11.7.18).

Der genetische Trägertest wird in Klinikwerbungen und von Genetikfirmen oft als Technik beschrieben, welche neue Sicherheiten hervorbringt – etwa mit folgendem Slogan einer Reprogenetikfirma: „Unsere Aufgabe ist es, den Zugang zu den Gentests zu erleichtern, damit Menschen ein gesundes Kind bekommen können. Wir tun dies mit Verantwortung und Engagement, denn wir sind uns des Traumes bewusst, der dahintersteht" (Reprogenetics Spain 2020).

„Der Risikobegriff steht [...] nicht nur für einen neuen Umgang mit existierenden Unsicherheiten, sondern auch für die Produktion von neuen Formen der Unsicherheit: *Risiken* sind vergegenwärtigte, statistisch konstruierte Möglichkeiten, auf die im konkreten Fall nichts hindeutet, die aber in der Masse statistische Regelmäßigkeiten zeigen" (Samerski 2002, 113).

In der Praxis ist jedoch auch das Gegenteil ersichtlich: nämlich die Produktion von Unsicherheiten, welche der Zugriff auf genetische Trägertests mit sich bringt. Ein klinikinterner Konflikt veranschaulicht dies:

Bei CREAVIVA wurde der Trägertest bei allen Spenderinnen durchgeführt. Diejenigen, welche Trägerinnen einer oder mehrerer der zwölf häufigsten vererbbaren Krankheiten waren,[36] wurden aber nicht per se ausselektioniert, sondern für ein genetisches *Matching* benutzt (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.5.2018). Dieses Vorgehen wird aber klinikintern kritisiert, beispielweise von Rafaela:

> „Das *Matching* finde ich etwas schwierig. Ich finde, man müsste alle Spenderinnen ausselektionieren, welche Trägerinnen sind von den zehn wichtigsten Krankheiten. Wir sind ja alle Trägerinnen von Sachen, aber es gibt so einiges, welches man wirklich in keiner Genlinie haben will. Wenn ich diese ausselektioniere und mit den restlichen, also die Trägerinnen von den übrigen 200 bis 300 sehr seltenen Krankheiten, mach ich ein *Matching*, dann find ich das gut. Aber wenn ich das *Matching* nur brauche, damit ich auch die nutzen kann, welche Trägerinnen sind von den zehn häufigsten Krankheiten und die dann mit ‚Nicht-Trägern' zusammenbringe, dann finde ich das nicht korrekt. Denn du bringst dann eine Krankheit wissentlich in die genetische Linie einer Familie. Also wenn dann beispielsweise ein Mädchen auf die Welt kommt und dieses auf einen anderen Träger trifft, welcher gesund ist, und die dann kein Matching machen, weil wir machen das ja nicht routinemäßig, dann hast du willentlich diese Krankheit in diese Genlinie gebracht […] Das wäre anders, wenn du nichts von den Varianten weißt, wenn du gar keine Tests an den Spenderinnen machst, dann weißt du es einfach nicht, aber so" (Rafaela, Embryologin, Valencia, 12.7.2018).

Der Trägertest minimiert also nicht nur das Risiko für ein ‚krankes' Kind, er erschafft gleichzeitig eine neue Verantwortung gegenüber einer imaginierten zukünftigen Familie. Würde der Trägertest nicht durchgeführt, gäbe es gar keine Diskussion darüber, ob hier eine Verantwortung der Embryolog*innen besteht. Man könnte die Krankheit schlicht nicht ‚wissentlich in eine Genlinie bringen'. Obwohl sich die Ausgangslage also nicht verändert hat, sondern nur das Wissen darüber, hat sich eine neue Verantwortung für gewisse Akteur*innen

36 Außer bei Krankheiten auf dem X-Chromosom, welche per se ausselektioniert wurden.

herausgebildet. Dies bringt auch für die Spenderinnen eine neue Verantwortung – und damit auch potenziell Schuldgefühle:

> „Diese Kinder haben ja meine Genetik. Und die testen das. Und deshalb finde ich es gut, ist es anonym. Denn wenn die Empfängerin weiß, wer ich bin und plötzlich *‚sale el niño mal'* [ist das Kind krank] oder was auch immer, dann wird das meine Schuld sein. Weil ich dem Kind meine Gene gegeben habe. Von daher finde ich es schon viel besser, dass es anonym ist" (Jenny, Eizellenspenderin, Valencia, 25.6.2018).

Dass diese Verantwortung auch Eizellenempfänger*innen verunsichern kann, zeigt die folgende Aussage von Linda:

> „Die haben uns natürlich erzählt, was sie alles testen und alles machen. Und doch hatte ich damals einfach anderes im Kopf … und nun denk ich plötzlich so. Ich weiß nicht [kurze Pause] genau, was sie genau alles testeten. Was ist, wenn mein Sohn mal fragt, du, hab ich irgendwie, das gibt es ja manchmal, dass man gefragt wird: ‚Habt ihr in der Familie die und die Krankheit?' Und damals bin ich dem einfach zu wenig nachgegangen. Ich war einfach so. Hab mich so gefreut, dass es überhaupt eine Möglichkeit gibt, dass ich schwanger wurde. Und jetzt denke ich manchmal schon. Nicht dass ich denke, dass sie zu wenig getestet haben, aber…" (Linda, Eizellenempfängerin, Bern, 10.1.2017).

Lindas Erzählung verweist auf die Unsicherheit, welche durch die Testverfahren entsteht. Wenn getestet wird, entsteht Wissen, und dieses Wissen kreiert die Verantwortung, dieses auch einzuholen. So hat Linda Angst, nicht alles mitgekriegt zu haben. Die Aussage „ich bin dem einfach zu wenig nachgegangen. Hab mich so gefreut, dass es überhaupt eine Möglichkeit gibt, dass ich schwanger werde" verweist aber auch auf die vulnerable Situation der Empfänger*innen im Moment der Spende, welche dazu führt, dass diese Fragen oft erst später auftauchen.

Lippmann hat diese über Risikodiskurse erzeugten Ängste in Bezug auf Schwangerschaften „iatrogene Ängste" (1991, 31) genannt, also quasi medizinisch erzeugte Unsicherheiten. Dies ist auch für die Testverfahren noch vor der Schwangerschaft zu verzeichnen, bei welchen die neuen Möglichkeiten auch neue Risiken und somit Unsicherheiten erschaffen. Dabei ist es auch dem Zeitgeist einer grundsätzlichen „ängstlichen Reproduktion" (Faircloth und Gürtin 2018, 995) zuzuschreiben, dass diese Testverfahren eine so starke Nachfrage verzeichnen.

Das Erleben dieser Technisierung hat auch ganz konkrete ökonomische Dimensionen. Mila, bei welcher ich die Empfängnis des zweiten Kindes per Eizellenspende sehr intensiv verfolgt habe, da sie mir in über 100 Videotagebuchbotschaften täglich von ihrem Erleben berichtete, und welche ich auch für den Transfer nach Alicante begleitet habe, hatte in einigen Videobeiträgen von den Diagnosetechniken erzählt. So etwa im Februar, als Mila sehr unsicher war, was jetzt alles noch finanziell auf sie zukommt:

> „Mir geht es eigentlich gut, aber was etwas mühsam ist, ist, dass ich immer noch nicht weiß, was ist mit PGS. Es steht alles noch im Raum, ob wir noch viel Geld brauchen müssen oder ob der Test gar nicht durchgeführt wird, ob wir den Transfer einfach ohne das machen. Aber das beschäftigt mich schon sehr" (Videotagebuch, 21.2.2017, siehe auch hier ab 00:52).

Anhand dieser Aussage wird auch klar, dass der Entscheid, ob eine Technik und welche Technik durchgeführt wird, schließlich doch bei der Klinik liegt. Mila erscheint hier nicht als Klientin, sondern ist vielmehr den Entscheidungen der ‚Expert*innen' aus der Klinik ausgeliefert. Später erläuterte Mila dann, dass die Expert*innen ihr nun doch anraten kein PGS (Präimplantationsdiagnostik) zu machen, weil sie zu wenig Embryonen hat, sie sagt „es ist mir zwar schwergefallen, aber es kann einfach sein, dass sie die Embryonen dadurch kaputtmachen, und da es weniger als sechs Embryonen sind, haben sie von der Klinik gemeint, das Risiko sei zu groß" (Videotagebuch, 23.2.2017). Am ersten März kommt Mila dann auf weitere Techniken zu sprechen, welche sie im Rahmen ihrer Vorbereitung auf den Transfer in Anspruch nimmt. Dabei erwähnt Mila auch noch einmal den finanziellen Aspekt der Techniken:

> Wir sind dran am Verträge unterschreiben. Da steht was drauf, und ich wusste nicht, was das ist. Ich muss ja Infusionen machen und die nehmen Blut und schauen, ob diese Killerzellen, keine Ahnung, was das ist, aber wie die da sind und so. Und ja, ich hab das schon mal gemacht, ach und nun dachte ich mir, dann machen wir das halt wieder, komm scheiß auf die 220 Euro. Und das zweite ist, ich hab gefragt, ob es möglich wäre, diese Embryonen vom dritten auf den fünften Tag zu bringen und dachte das kostet megaviel. Und die meinten dann, das können sie machen, das würde dann einfach 200 Euro zum Weiterbringen und 300 Euro zum Auftauen kosten. Und dann hab ich gefragt, weil ist ja bisschen komisch 300 Euro fürs Auftauen, auftauen müssen die ja eh. Jetzt wart ich einfach mal auf

die Antwort. Aber ja, ich bin etwas nervös. Auch weil ich ja noch frei nehmen muss, dann muss ich das noch der Chefin sagen. Und dann der Druck, haben wir alles gemacht, haben wir alle Verträge unterschrieben? Ach, und das Couvert da runterschicken kostet auch drei Franken fünfzig, nur so ein doofes Couvert runterschicken, und ja, Hotel hab ich nun auch gebucht und Taxi vom Flughafen und so (Videotagebuch, 1.3.2017, siehe auch hier ab 02:04).

Die Zusatzkosten gewisser Techniken lösen also eine Kosten-Nutzen-Abwägung aus. Zudem sind auch weitere Faktoren relevant, ob eine Technik nun angewandt wird oder nicht, so etwa die Anzahl der Embryonen. Gleichzeitig erfordern die Techniken ein Expert*innenwissen, was dazu führt, dass die Vorschläge der Klinik übernommen werden, weil Mila nichts aufs Spiel setzen will.

„So organisiert sich die Technik allmählich als geschlossene Welt. […] Was koordiniert und rationalisiert, ist nicht mehr der Mensch, sondern die inneren Gesetze der Technik: Es ist nicht mehr die Hand, die das Bündel der Mittel ergreift, und auch nicht das Gehirn, das die Ursachen synthetisiert: Die eigentliche Einzigartigkeit der Technik allein gewährleistet den Zusammenhalt zwischen den Mitteln und den Handlungen der Menschen. Diese Herrschaft gehört ihr, einer blinden Kraft, die scharfsinniger ist als die größte menschliche Intelligenz" (Ellul 2012 (1977), 237).

Die Verantwortung, welche über genetisches Wissen generiert wird, erinnert auch an eine umstrittene utilitaristische These eines Bioethikers – der *procreative beneficiency* –, welche besagt, dass Eltern in der Pflicht sind, über Präimplantationsdiagnostik diejenigen Embryos auszuwählen, welche die Chancen haben, „das beste Leben" zu führen (Savulescu 2001). Eine kritische Reflexion zu den Konsequenzen von selektiven Techniken bietet die Untersuchung von Silja Samerski, welche aufzeigt, inwiefern Frauen in genetischen Beratungen zuerst aufgefordert werden, sich und ihr Kind über statistische Konzepte zu verstehen und sodann im Hinblick darauf „zu einem berechnenden *‚decision-maker'* zu werden" (Samerski 2002). Auch bei den genetischen *Matchings* tritt die von Samerski aufgezeigte „Entscheidungsfalle" (Samerski 2015) auf, welche eine vermeintliche Freiheit in der Entscheidung suggeriert, diese jedoch eigentlich abhängig macht von Expert*innenwissen. Diese Expert*innen aber strukturieren die Optionen über Statistiken vor, die finanziellen Einschränkungen werden darin nicht mitkalkuliert.

Der genetische Trägertest an Spenderinnen kreiert andere Problematiken: Da dieser bei Spenderinnen routinemäßig eingesetzt wird, müssen oder können sich Paare mit Kinderwunsch in der IVF-Klinik nicht mit einer potenziell neuen Verantwortung beschäftigen. Diese wird vielmehr hin zu den Mitarbeitenden (welche ethische Bedenken haben, ‚neue' Krankheiten in eine Genlinie zu bringen) und den Spenderinnen (welche sich verantwortlich fühlen für ‚ihre' Genetik) verschoben. Der genetische Trägertest erschafft also neben dem ‚gesunden' Kind für die Empfänger*in als Nebenfolge auch neue Verantwortungen, welche an andere Subjekte externalisiert werden.

10.3.2 Verordnete Freiwilligkeit

In Bezug auf die Spenderinnen sind die Selektionstechniken mit einer Art ‚verordneten Freiwilligkeit' verbunden. Exemplarisch dafür ist der grundlegende Kontext, in welchem die Verträge unterzeichnet werden, sowie spezifischer die Anwendung des genetischen Trägertests als ‚freiwilliger' Akt.

Ein wichtiges Merkmal für den Kontext, in welchem sich die Spenderin ‚freiwillig entscheidet', ist die effiziente Weise, in welcher die Selektionspraktiken durchgeführt werden: Die Informationsgespräche des Chefarztes José Luis sind besonders bezeichnend für die effiziente Art der Erstkonsultationen:

> Ich bin heute wieder mit José Luis unterwegs. Ich staune immer wieder, wie viele Dinge der Chefarzt gleichzeitig verrichtet: Zwischen dem Beantworten von E-Mails und WhatsApp-Nachrichten und dem Finalisieren von Powerpoint-Präsentationen für die nächste Konferenz werden Fragen des Pflegepersonals beantwortet, Skype-Informationssessionen abgehalten und – scheinbar nebenbei – Spenderinnen informiert. Der Arzt schaut mich in den kurzen Verschnaufpausen jeweils an und meint „Situation Situation" – wonach er die nächsten To-dos aufzählt. Als erstes stellt er den Spenderinnen jeweils einige Fragen: ‚Sind Sie eine gesunde Frau?' ist immer die erste. Danach: ‚Nehmen Sie Drogen? Rauchen Sie? Leben ihre Eltern noch und wenn ja – sind sie gesund? Haben Sie Geschwister? Sind diese gesund? Und Nichten und Neffen? Auch gesund?' Danach erklärt er die Spende – immer in denselben Worten, fast wie ein Mantra: ‚Wir müssen sie weder operieren noch zerschneiden noch aufmachen. Das machen wir alles mit einer kleinen Nadel über einen Ultraschall. Aber weil das weh tun würde,

müssen wir Sie lokal betäuben. Danach ruhen Sie sich aus und gehen nach Hause. Es ist ein sehr kurzer Prozess, der nur 5–10 Minuten dauert. Für die Unannehmlichkeiten dieses Tages, die Transportkosten, geben wir Ihnen eine Entschädigung von 1000 Euro. Ist das in Ordnung? Gehen wir weiter?' (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.18).

Die Beobachtung zeigt, in welcher Atmosphäre die ‚Entscheidung' zur Spende gefällt wird. Dabei ist die Art der Fragestellung „Sind Sie eine gesunde Frau?" sehr suggestiv und lässt nicht viel Freiraum. Aber auch die Erklärung der Spende zielt darauf, einen medizinischen Prozess (welcher in den Dokumenten auch als solcher beschrieben wird) zu banalisieren. Wenn es in diesen Abklärungen ein Problem gibt, wird es, wenn möglich, gleich vor Ort geregelt, um danach direkt fortfahren zu können, wie folgendes Beispiel zeigt:

Eine Spenderin kommt, um ihre Resultate abzuholen. Sie hat einen Vaginalpilz und eine andere Infektion. Die Spenderin fragt: „Ui, was mache ich denn nun, um wieder gesund zu werden?" José Luis schiebt ihr kostenlos ein Fungizid und ein Antibiotikum über den Tisch und antwortet prompt: „Medikamente nehmen und dann ist das wieder gut – danach kommen Sie wieder. Sie können aber trotzdem schon jetzt unterschreiben." Sagt's und schiebt ihr die Verträge hin (Tagebuchnotiz, Valencia, 27.2.18).

Die folgende Tagebuchnotiz, welche aus einem Beobachtungsprotokoll bei einer anderen Ärztin stammt, ist ebenfalls exemplarisch für den Kontext, in welchem die Spenderinnen die Verträge unterschreiben:

Die erste Spenderin kommt herein. Livia, die Ärztin, schaut vorher die Testergebnisse an, welche keine Auffälligkeiten aufzeigen. Sie informiert die Spenderin und schiebt ihr sogleich den Vertrag über den Tisch: „Du wirst mir den *Informed Consent* hier unterschreiben, damit ich dann die genetischen Proben machen kann. Das ist eine simple Blutprobe, nichts weiter." Livia reicht ihr das Formular für den genetischen Trägertest und zeigt mit ihrem Kuli auf die relevanten Stellen: „Hier kommt deine ID-Nummer, hier Name, da Adresse und bitte jeweils auf jedem Blatt unterschreiben." Die Spenderin unterschreibt, ohne durchzulesen. Danach kommt der Vertrag zwischen der Klinik und der Spenderin. Die Spenderin murmelt etwas Unverständliches, Livia reagiert nicht darauf, sondern dreht ihr das Blatt direkt selbst um und zeigt auf die Stellen, wo

unterschrieben werden soll. Schließlich kommt ein weiteres Dokument, bei welchem die Spenderin unterschreiben muss, dass sie in den letzten Wochen in keinem ZIKA-Gebiet war. Livia lächelt die Spenderin an und fragt „alles gut?" Die Spenderin nickt. Danach wird sie von den Pflegerinnen abgeholt und zur Blutprobe gebracht. Als ich die Ärztin darauf anspreche, dass die Spenderin ja gar nichts gelesen hat, schaut sie mich etwas konsterniert an und meint dann: „Ja, aber das ist doch nichts Außergewöhnliches, das ist doch meist so" (Tagebuchnotiz, Valencia, 15.11.2018).

Die Spenderinnen unterschreiben den Vertrag also jeweils in einem ganz spezifischen Rahmen, in dem es weder Raum für Nachfragen noch für Unsicherheiten gibt. Zudem erledigen die Spenderinnen meist das erste Informationsgespräch, die psychologische Abklärung sowie die medizinischen Tests am ersten Tag. Es gibt deshalb auch eine zeitliche Begrenzung dieses Rahmens. Andererseits fordern Spenderinnen selten Raum ein für die Klärung von Unsicherheiten.

„In den zeitgenössischen Vorstellungen von reproduktiven Rechten erfüllt Autonomie als [...] Selbstverwaltung eine entscheidende Funktion: Sie ermöglicht den Anschein, dass hier Frauenrechte und Selbstbestimmung respektiert werden, rechtfertigt aber gleichzeitig eine verstärkte Überwachung und Verwaltung der Körper und der reproduktiven Entscheidungen von Frauen. [...] Während also die Verwendung von Begriffen wie Autonomie, Wahlfreiheit und Ermächtigung in den jüngsten Reproduktionsregulatorien scheinbar auf eine feministische Tradition zurückgeht, werden diese Konzepte ihres transformativen und kritischen Potenzials beraubt. Stattdessen werden, da Autonomie als Selbstverwaltung verstanden wird, bestehende Normen verstärkt" (Denbow 2015, 3).

Allgemein scheint es, als ob der Entscheid zu spenden bereits vorher gefallen war, weshalb es in diesen Erstkonsultationen nicht um die Entscheidungsbildung geht, sondern vielmehr um eine offizielle Feststellung des bereits vorher gefällten Entscheides. Die ‚freie Entscheidung' ist aber in den zu unterzeichnenden Dokumenten zentral, wie der erste Absatz des Vertrages zwischen Klinik und Eizellenspenderin zeigt:

„Die Spenderin [...] ist frei und freiwillig in das Zentrum gekommen und hat darum gebeten, eine Eizellenspende zu

> Reproduktionszwecken durchzuführen, deren Ablauf im Folgenden genau beschrieben wird“ (S.1, Eizellenspendevertrag, Klinik CREAVIVA).

Dies wird im folgenden Abschnitt auch von einem Anästhesisten in Bezug auf das Risiko der Punktion erläutert, welches die Spenderin ‚annehmen' muss:

> „Hyperstimulationen sieht man heute nur noch wenig. Aber natürlich, es gibt das Risiko einer Blutung, ein minimales Anästhesierisiko, die Patientin schläft und Erbrechen kann beispielsweise ein großes Problem sein. Wir hatten diesen Fall hier mehrere Male und zum Glück hatte dies nie große Konsequenzen, aber Erbrechen im OP kann sehr schlimm sein. Also muss die Patientin diese Risiken annehmen, sie muss wissen, worauf sie sich einlässt. Und natürlich gibt es dafür ein *Informed consent*, eine gynäkologische Untersuchung, und vor der Punktion werden die ganzen Anästhesierisiken erklärt und besprochen. Und die Patientin muss da einwilligen, natürlich“ (Marco, Anästhesist, Valencia, 11.7.2018).

Der genetische Trägertest als Instrument zeigt nun noch spezifischere Machtstrukturen innerhalb dieser ‚verordneten Freiwilligkeit' auf: Die europäische Humangenetikgesellschaft beschreibt genetische Trägertests als eine Möglichkeit, „die reproduktive Autonomie zu stärken und sinnvolle reproduktive Entscheidungen zu ermöglichen" (Henneman u. a. 2016, e1). Dies ist jedoch problematisch in Bezug auf eine Anwendung mit Spenderinnen. So werden die Eizellenspenderinnen in Spanien nicht getestet, um ihre eigene reproduktive Autonomie zu stärken, sondern es geht dabei um das Testen ihrer Genetik zugunsten der reproduktiven Autonomie anderer Menschen. Dabei gelten die allgemeinen Risiken des genetischen Trägertests, welche die europäische Gesellschaft für Humangenetik nennt, auch für Eizellenspenderinnen. Zu nennen sind

> „Ängste, die durch diese Informationen ausgelöst werden, welche jedoch nicht genutzt werden können, um positive persönliche Entscheidungen in Bezug auf Therapien oder Präventionsmaßnahmen zu treffen, oder die schwer zu verstehen und zu interpretieren sind; unangemessener Druck auf die individuelle Entscheidung; soziale Stigmatisierung von Personen mit erhöhtem genetischem Risiko; soziale Stigmatisierung von Personen, die ein Angebot für ein genetisches *Screening* ablehnen könnten;

> Offenlegung von Informationen über Familienmitglieder, die einem Test nicht zugestimmt haben; Missbrauch der Informationen und Diskriminierung aufgrund der Testergebnisse nach der Weitergabe an Dritte, z.B. an Versicherungen und Arbeitgeber*innen" (European Society of Human Genetics 2003, 5).

„Die individuelle Freiheit ist zum wichtigsten moralischen Wert und zu einem zentralen politisch-rechtlichen Prinzip geworden. [...] Heute sind die Individuen selbst verantwortlich für die Verwirklichung der Biopolitik in der Reproduktion" (Mills 2016, 112).

Die europäische Gesellschaft für Humangenetik formuliert deshalb sehr vorsichtig in Bezug auf die Anwendung der Trägertests und suggeriert „Es muss den Personen freistehen, den Test nach angemessener Information und Beratung abzulehnen" (ebd., 6). Diese Empfehlung entpuppt sich in Bezug auf eine Anwendung mit Drittparteien als besonders problematisch: So können die Eizellenspenderinnen in Spanien zwar den Test ablehnen, werden dann aber nicht ins Spendeprogramm aufgenommen, wie mir ein Genetiker erläuterte:

> Manuel: Ja, die Spenderinnen müssen unterschreiben. [...] Also die müssen einen ‚*Informed Consent*' unterschreiben bei welchem sie unterzeichnen, dass sie im Wissen sind, was das Resultat für sie oder für ihre Deszendenz bedeutet, und im Prinzip ist das offen, das ist optional. Also, aber die müssen das unterzeichnen wie den Vertrag mit der Klinik, ok? Von Gesetzes wegen müssen sie das unterschreiben.
>
> Laura: Aber wie meinst du optional? Wenn sie es nicht unterschreiben, können sie nicht spenden, oder?
>
> Manuel: Genau, ‚*no entran*' (lacht). (Manuel, Genetiker, Valencia, 14.11.2018)

Der Kontext, in welchem die Spenderinnen die Verträge unterschreiben, ist von klaren Machtasymmetrien geprägt und bietet wenig Entscheidungsspielraum. Und doch erfordert es der Vertrag, dass der Entscheid zu spenden freiwillig gefällt wird. Auch in Bezug auf die genetischen Trägertests ist bei den Spenderinnen also eine Art ‚verordnete Freiwilligkeit' zu verzeichnen: Die Spenderinnen ‚müssen' sich per *Informed*

Consent freiwillig dazu entscheiden, den Test zu machen. Wer nicht unterschreibt, spendet nicht.

Diese Doppeldeutigkeit der Spende, welche eines autonomen Subjekts bedarf, das in der Praxis jedoch als medizinisches Objekt verhandelt wird, ist für die Eizellenspende zentral und wurde auch schon bei ähnlichen Prozessen wie etwa der Pränataldiagnostik aufgezeigt, bei welcher ein Zusammenhang besteht zwischen der „medizinischen Normalisierung und der Rhetorik der freien Wahl" (Mills 2016, 110). Der Verweis auf die Freiheit und die damit verbundene Kontrolle ist typisch für biopolitische Machtprozesse im Spätkapitalismus. In diesem setzt sich eine Art „Herrschaft durch Freiheit" (Hirseland, Schneider und Rehberg 2008, 5643) durch und die maßgebenden ethischen Prinzipien Autonomie, Freiwilligkeit und Selbstbestimmung stellen dabei eine neue Form der biopolitischen Kontrolle dar (Rose 2006, 29; Denbow 2015, 3). Die Herstellung der Eizellenspenderin als selbstbestimmtes Subjekt, welches die Spende aus freiem Willen macht, ist also ein integraler Bestandteil der Ausübung von biopolitischer Macht über die Eizellenspenderinnen innerhalb der Klinik.

In Bezug auf den genetischen Trägertest von Spender*innen befindet sich die aktuelle Praxis in einer rechtlichen Grauzone, denn wie ich im fünften Kapitel ausgeführt habe, hat gemäß *Ley 14/2007* (BOE-A-2007-12945) jede Person, welche einen Gentest macht, Anrecht auf eine genetische Beratung (und zwar vor der Durchführung des Tests wie auch bei der Übermittlung der Resultate). Genetiker*innen haben mich aber immer wieder darauf hingewiesen, dass die Spenderinnen in den Kliniken nicht oder ungenügend beraten werden (Manuel, Genetiker, Valencia, 14.11.2018; Juan, Genetiker, Valencia, 16.10.2018).

Die Mitteilung der Resultate an die Spenderinnen

Bei CREAVIVA gibt es keinen Konsens darüber, ob und wie das Resultat den Spenderinnen mitgeteilt wird. Die Befragung, welche ich mit 30 Eizellenspenderinnen in der Klinik durchgeführt habe, zeigte jedoch, dass 19 von 30 Spenderinnen das Resultat aus dem genetischen Trägertest sehr wohl wissen wollten (Abbildung 4).

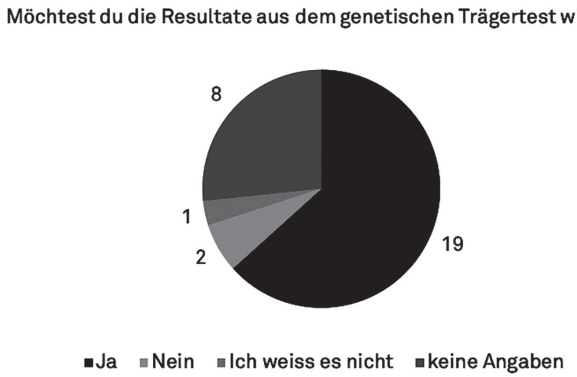


Abbildung 4: Resultate Trägertest (n=30)

Dass die Spenderinnen interessiert waren am Resultat des Trägertests stand in starkem Kontrast zu der Praxis: Obwohl es im *Informed Consent*, welches die Spenderinnen für den genetischen Trägertest unterzeichnen mussten, die Option gab anzukreuzen, ob man über das Resultat des Tests informiert werden will, kreuzte dies kaum eine Spenderin an, womit die Ärzt*innen de facto darüber entscheiden, ob sie das Resultat mitteilen oder nicht. Meist teilten sie dies nicht mit. Zudem war, wie ich aufgezeigt habe, in den ärztlichen Beratungen ohnehin kaum Zeit zum sorgfältigen Lesen der Dokumente, weshalb die Dokumente meist sehr schnell unterschrieben wurden.

Andere Kliniken hingegen teilen die Resultate den Spenderinnen mit. In diesen Fällen wird der genetische Trägertest oft als eine Art nonmonetäre Bezahlung konzeptualisiert. So betonte eine Klinikmanagerin aus Alicante beispielweise, dass dieser sonst 900 Euro kosten würde „und die Spenderinnen kriegen ihn gratis!" (Rosa, Klinikmanagerin, Alicante, 31.3.17). Bei anderen Kliniken wiederum versandten die testenden Genetikfirmen die Resultate direkt an die Spenderinnen. Im Folgenden werden diese verschiedenen Szenarien in der Übermittlung der Resultate diskutiert.

Eine Variante ist es, die Resultate des genetischen Trägertests den Spenderinnen nicht mitzuteilen. Eine Ärztin beispielsweise legitimierte dieses Vorgehen damit, dass dies von den Spenderinnen oft gar nicht verstanden würde – „es sagt ja auch nichts aus. Die hier hat beispielsweise ein gesundes Kind. Das sagt ja noch nichts aus, dass sie Trägerin einer genetischen Krankheit ist" (Tagebuchnotiz, Valencia, 7.5.2018).

Eine Pflegefachperson meinte, dass die Spenderinnen diese Resultate auch nicht interessieren würden:

> „Das sind halt meist junge Frauen mit wenig Bildung und die forschen dann nicht nach, was da genau für Tests gemacht werden. Was die interessiert, ist eher ‚Wieviel und wie muss ich mich stechen?' ‚Tut das weh?' ‚Wie lange dauert das?' Und vor allem interessiert die, wann sie bezahlt werden. Oft fragen die Spenderinnen, wofür wir so viel Blut entnehmen. Dann sag ich für diesen genetischen Trägertest und ob sie das Dokument denn nicht gelesen haben. Die lesen das meist ja nicht durch. Und na ja, zwingen kann man sie ja nicht, das zu lesen. Also eigentlich ist es ja ihr Anrecht, die Resultate zu wissen, weil das ihre persönliche Krankenakte ist, aber na ja, wenn sie es nicht wissen wollen" (Tagebuchnotiz, Valencia, 24.4.2018).

Die Pflegefachperson verweist also einerseits auf die spezifische Positionalität der Spenderinnen (jung, bildungsbürgertumsfern) und die damit einhergehende Vermutung, dass diese kein Interesse haben an komplexen Fragen. Andererseits evoziert sie auch das Anrecht der Spenderin auf das Wissen über ihre Krankenakte. Eine Vision, welche auch von der spanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SEF) geteilt wird. In dem leitgebenden Dokument steht:

> „Die genetischen Informationen, welche sich aus den genetischen Trägertests ergeben, werden den Spenderinnen mitgeteilt, da es sie als Individuen betrifft, außer sie äußern bereits vor Durchführung des Tests den Wunsch, dass sie diese Information nicht haben wollen" (Castilla u. a. 2019, 48).

Dies wird in einigen Kliniken auch bereits so umgesetzt, was – wie ich nun aufzeige – zu neuen Problematiken führt.

Eine der größten spanischen Reprogenetikfirmen analysiert im Rahmen des Trägertests auch das sogenannte ‚Brustkrebsgen' BRCA1/2. Dies nicht wegen dem Bezug zu Brustkrebs, sondern weil BRCA 1/2 auch ein Marker ist für eine genetisch übertragbare Krankheit, die sogenannte Fanconi-Anämie. Dieses Resultat ist nicht nur relevant für die potenziellen Nachkommen der Spenderinnen, sondern für die Spenderin selbst: Ist sie Trägerin von BRCA 1/2, ist ihr statistisches Risiko für Brustkrebs erhöht (Manuel, Genetiker, Valencia, 14.11.18). Es ist unklar, wie diese Information – zumal ohne genetische Beratung – von den

Spenderinnen aufgenommen wird. Denn das Wissen darüber, was bei einem genetischen Trägertest genau getestet wird, ist bei den Spenderinnen oft nicht vorhanden. Zudem erläuterte die Genetikerin, dass sie die Resultate per Mail direkt an die Spenderinnen schicken würden. Die auftraggebende Klinik argumentiere für dieses Vorgehen mit dem Verweis auf die Anonymität der Spenderinnen. Da es sich um vertrauliche Informationen handle und die Spende anonym sei, würde man es nicht über die behandelnden Ärzt*innen laufen lassen. Dabei entledigte man sich auch des Zusatzaufwands einer genetischen Beratung, wie die Genetikerin monierte (Cecilia, Genetikerin, Valencia, 20.11.2018). Dies führe dann zu gar absurden Situationen, wie diese Genetikerin berichtet:

> „Es gibt so viel Desinformation über den genetischen Test. Es gibt Spenderinnen, die denken, dass sie eine sexuell übertragbare Krankheit haben. […] Dann rufen die an und die Klinik verweist die zu uns, und dann fragen die Dinge, bei welchen ich einfach sagen muss: ‚Die Person hat keine Ahnung, was sie für einen Test gemacht hat. Die weiß nichts'. Die haben mich beispielsweise gefragt: ‚Ich hab gesehen, dass ich diese oder jene Variante habe und ich hatte nun Sex mit meinem Freund. Kann es sein, dass ich das weitergegeben habe?' Diese Art von Fragen. Und dann sag ich: ‚Haben die dich überhaupt informiert, was die getestet haben?' Und die sagen dann: ‚Ja, ein Trägertest, klar. Und weil ich Trägerin davon bin, möchte ich wissen, ob ich das weitergeben kann …' Und das ist einfach eine Schande … oder eine andere Patientin, die fragte: ‚Die haben mir Blut genommen an dem Tag und ich hab aber vorher gefrühstückt – ich hab total vergessen mit leerem Magen dahin zu gehen. Hat das einen Einfluss?' (lachen) und so Dinge halt" (Cecilia, Genetikerin, Valencia, 20.11.2018).

Abschließend lässt sich festhalten, dass sowohl die Mitteilung wie auch die Nicht-Mitteilung der Resultate der genetischen Trägertests gerade im Kontext fehlender genetischer Beratung spezifische Problematiken birgt: Entweder wird den Spenderinnen Wissen über ihre eigene Genetik vorenthalten, oder aber, wenn es mitgeteilt wird, fehlt eine genetische Beratung, welche zur Kontextualisierung dieses Wissens nötig wäre. Damit verweist auch diese Praxis darauf, dass Spenderinnen in dieser Bioökonomie eine Art abbaubares Rohmaterial sind, welches primär da ist, um möglichst ‚gesunde' Kinder herzustellen, und als Subjekte nicht wichtig sind.

10.4. Zwischenfazit

Dieses Kapitel behandelte die Selektion der Eizellenspenderinnen als primäre Gegenwartspraxis in der Herstellung des ‚gesunden' Kindes. Ich habe aufgezeigt, inwiefern die Kriterien der Selektion beim Trägertest einem schnellen Wandel unterworfen sind: Sowohl das Panel der Krankheiten als auch die Haltung der Ärzt*innen dazu verändern sich stetig. Das Wissen, welches in Bezug auf die Selektionstechniken verhandelt wird, ist so brüchig und volatil, dass es kaum je eine ‚nachhaltige' Sicherheit hervorbringen kann. Viel eher ergeben sich aus diesem Wissen neue Unsicherheiten, welche immer neuer Techniken bedürfen, um diese *iatrogenen* Risiken zu minimieren. Der genetische Trägertest ist damit eingeschrieben in die Merkmale einer „Risikogesellschaft" (Beck 2015 (1986); Giddens 1991). Schließlich habe ich auch aufgezeigt, inwiefern diese Selektionstechniken bereits heute neue Verantwortungen hervorbringen für das Klinikpersonal sowie die Eizellenspenderinnen, welche sich dem Imaginativ des ‚gesunden' Kindes verpflichtet fühlen. Der Blick auf die Selektion der Spenderinnen (Selektion der Psyche, der Physis und der Genetik) zeigte auch, dass den Spenderinnen in diesem Prozess systematisch Informationen vorenthalten werden. Wenn diese mitgeteilt werden, dann in einem Rahmen, welcher es ihnen nicht erlaubt, ihre Teilnahme in diesem Prozess zu reflektieren. Und doch scheint es wichtig zu sein, dass die Spenderinnen sich als selbstbestimmte Subjekte verstehen, welche die Spende aus ‚freiem Willen' machen. Dies verweist auf biopolitische Machtprozesse, welche ihre spezifische Wirkungsmächtigkeit gerade in Bezug auf Freiheit und Selbstbestimmung entfalten (Hirseland, Schneider und Rehberg 2008; Mills 2016; Rose 2006; Denbow 2015).

Eine kürzlich erschienene Publikation des Bioethikers Guido Pennings kommt zu dem Schluss, dass in der gegenwärtigen Praxis der Anwendung des genetischen Trägertests die Interessen der Spenderinnen klar den Interessen der Empfänger*innen unterworfen werden (2020, 1260). Dieses Kapitel hat die Komplexität und Verwobenheit der verschiedenen Aspekte, welche in dieser Ungleichbehandlung zentral sind, aufgezeigt. Dabei wurden die biopolitischen Dimensionen des genetischen Trägertests als primäre Selektionstechnik in der assistierten Herstellung von ‚gesunden' Kindern veranschaulicht. Das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes wird durch den genetischen Trägertest verstärkt, ob dabei auch tatsächlich ‚gesündere' Kinder hergestellt werden, bleibt offen.

11. Von der Utopie des ‚gesunden' Kindes zu einer Utopie der Verletzlichkeit

„Die Utopie sie steht am Horizont.
Ich bewege mich zwei Schritte auf sie zu
und sie entfernt sich um zwei Schritte.
Ich mache weitere 10 Schritte
und sie entfernt sich um 10 Schritte.
Wofür ist sie also da, die Utopie?
Dafür ist sie da:
um zu gehen!"

Eduardo Galeano

Was ist es nun, dieses ‚gesunde' Kind? Es könnte eine Utopie sein. Ein verheißungsvolles Imaginativ, welches mit durchgehend positiven Werten besetzt ist. Der Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind scheint vorerst eine Banalität, eine Selbstverständlichkeit. ‚Hauptsache gesund' ist auch eine oft geäußerte Aussage von werdenden Eltern. Ob Junge oder Mädchen, ob Kaiserschnitt oder Hausgeburt, ob blaue oder braune Augen – eigentlich alles sekundär: ‚Hauptsache, es ist gesund'. Eine Utopie habe den Zweck, die Menschen zum Gehen zu verleiten. Sie entferne sich, je näher man ihr komme, schreibt Galeano. Genau dies trifft auch auf das ‚gesunde' Kind zu. Denn während sich die Tests und Abklärungen, *Screenings* und Selektionstechniken stetig weiterentwickeln, tauchen am Horizont immer neuere Risiken und Gefahrenszenarien auf. Um dies mit einem fiktiven Beispiel greifbarer zu machen: Wenn ich gestern die genetische Veranlagung für Alzheimer noch nicht gekannt und daher auch nicht getestet habe und heute schon, dann war gestern mein Risiko, ein Kind mit einer Veranlagung für Alzheimer zu haben, zwar das gleiche wie heute, jedoch gleichzeitig gestern noch absolut unfassbar, heute schon messbar und daher persönlich relevant. Diese neuen Möglichkeiten bringen damit auch neue Unsicherheiten hervor; sie machen potenzielle Risiken erst sicht- und somit kalkulierbar (Beck-Gernsheim 1995, 10). Sie können verunsichern und neue Verantwortungen generieren. Das in Galeanos Beschreibung angelegte „Immer weiter" entspricht zudem dem Fortschrittsnarrativ, welches auch die Techniken der Reproduktionsmedizin umgibt: Immer weiter und immer besser wird sie, die Technik, kein Stillstand ist zu verzeichnen. Aber was geschähe, wenn wir auf dem Weg zu dieser Utopie nicht immer nur nach vorne zum Ziel schauen würden – und uns stattdessen etwas mehr

umschauen? Wenn wir auch die Stolpersteine, die Abwege, die Beschaffenheit des Weges, die möglichen Abzweigungen und Abgründe beachten würden? Was würden wir dann sehen?

In diesem Buch habe ich dies getan: Ich habe den Weg zum ‚gesunden' Kind im Kontext der Reproduktionsmedizin analysiert und danach gefragt, was dieser für die involvierten Akteur*innen impliziert – außer dem Versprechen auf eine ‚gute' Zukunft. An dieser Stelle fasse ich die wichtigsten Ergebnisse aus meiner Forschung zusammen. Dabei erörtere ich in einem ersten Schritt die zentralen Erkenntnisse in Bezug auf die drei Dimensionen des Imaginativs des ‚gesunden' Kindes (Ungleichheitsstrukturen/Machtverhältnisse, Zukunftsvisionen, Gegenwartspraktiken)[37]. In einem zweiten Teil werde ich ein Fazit daraus ziehen und einige weitere Forschungsfragen vorstellen, die sich aus der Arbeit ergeben haben. In einem dritten Schritt verorte ich diese Erkenntnisse in einen größeren politischen Kontext und stelle einige philosophische Überlegungen dazu an.

Ungleichheitsstrukturen und Machtverhältnisse

Im achten Kapitel und im vorausgehenden theoretischen Einschub habe ich die ideelle, materielle und körperliche Grundlage analysiert, auf welcher das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes aufbaut. Diese Basis ist wichtig, denn Imaginative finden nicht im luftleeren Raum statt. Imaginative materialisieren sich in multiplen Praktiken, Techniken, Strukturen und Körpern. IVF, Eizellenspende, die Reprogenetik, aber auch die Eizellenspenderin, die Wunscheltern, die spanische Gesetzgebung, der transnationale Markt und seine Dynamiken sind materielle Grundbedingungen für das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes. Es gibt aber auch eine stärker ideelle Dimension, auf welche ich nun zuerst eingehe.
Gemäß Jasanoff und Kim sind Imaginative spezifische „Visionen wünschenswerter Zukunft" (2015, 4). Diese Aussage lässt aufhorchen: Was ist eine wünschenswerte Zukunft? Und warum sind einige Zukunftsvisionen überhaupt wünschenswerter als andere? Die *ideelle Grundlage* des Imaginativs zu destabilisieren bedeutet, nach den Normierungen hinter einer ‚Selbstverständlichkeit' wie dem Wunsch nach einem ‚gesunden' Kind zu fragen. Dieser Wunsch ist nämlich nicht naturgegeben, sondern gründet auf einem kollektiven Verständnis

37 Ich beziehe mich dabei zwar primär auf die drei empirischen Kapitel und die vorausgehenden theoretischen ‚Einschübe', ergänze meine Argumentation aber wo nötig auch mit Informationen aus anderen Kapiteln.

dessen, was eine ‚gute' Zukunft überhaupt ist. Gerade *Queer* und *Crip Studies* liefern diesbezüglich aufschlussreiche Analysen. Sie zeigen auf, dass die Zukunft mit einem be_hinderten oder ‚kranken' Kind in einer kapitalistischen, auf Produktivität ausgerichteten Gesellschaft negativ bewertet wird. Die Hoffnung auf ein ‚gesundes' Kind ist also nicht zu trennen von einer gesellschaftlichen Bewertung, in welcher eine ‚gute' Zukunft immer auch eine be_hinderungsfreie Zukunft ist (Kafer 2013, 10). Es ist diese gesellschaftliche Abwertung eines nicht-normierten Körpers, der inhärente Ableismus innerhalb eines generelleren gesellschaftlichen *reproductive futurism* (Edelman 2004), welcher das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes so wirkungsmächtig macht. Wenn nicht-normierte Körper nicht negativ konnotiert wären, dann hätte das ‚gesunde' Kind auch nicht eine so große Sogwirkung. Die ideelle Machtdimension des Imaginativs liegt also in dieser gesellschaftlichen Wertung von verschiedenen Körpern.

Die *materielle Grundlage* für das ‚gesunde' Kind ist die spezifische Bioökonomie, in welcher sich die von mir beschriebenen Praktiken der Selektion abspielen. Die spanische Bioökonomie zeichnet sich aus durch kompetitive Privatkliniken – zunehmend auch in Form von größeren Klinikkonsortien –, welche über Startkapital von internationalen *Private Equity*-Firmen finanziert und dabei oft auch umstrukturiert werden. Genetische Selektionstechniken sind in Spanien integraler Bestandteil der Zyklen assistierter Reproduktion. Sowohl die Präimplantationsdiagnostik wie auch die für diese Arbeit zentralen genetischen Trägertest werden in den Reproduktionskliniken breit eingesetzt. Gerade der Standort Valencia beherbergt sowohl viele Reproduktionskliniken wie auch international renommierte genetische Labors. Die liberale Gesetzgebung und die den Privatkliniken gut gesinnten Berufsverbände bieten eine stabile Basis für diesen lukrativen Markt. Die Arbeitsdynamiken innerhalb der Kliniken spiegeln die größere makroökonomische Struktur wider: So wurde etwa CREAVIVA zuerst von zwei Ärzten geleitet, seit dem Kauf durch ein transnationales Konsortium jedoch von Ökonomen. Auch die Tendenz einer immer stärkeren Selektion über mehr genetische Testverfahren ist in diesem Sinne als Geschäftsstrategie anzusehen. Diese Marktmechanismen sind zentral für das Verständnis der Geschehnisse in der Klinik, da sie die Logik mitbegründen, nach welcher die Kliniken ihre Tätigkeiten ausrichten.

In der von mir beschriebenen Eizellenspendeökonomie spielt die Eizellenspenderin eine ganz zentrale Rolle bei der Herstellung des

‚gesunden' Kindes. Sie ist das einzig wirklich kontrollierbare Element in einer Reproduktionsklinik. Während Eizellenempfänger*innen als Klient*innen in diese Privatkliniken eintreten und damit auch nicht selektioniert werden, haben Eizellenspenderinnen eine ganz andere Positionalität: Sie liefern das Rohmaterial, aus welchem die Kliniken ihre Gewinne schöpfen. Gerade für die Praxis der Eizellenspende ist das ‚gesunde' Kind besonders zentral: Denn das Fehlen der genetischen Verbindung zwischen der Eizellenempfänger*in und dem Kind wird oft kompensiert mit der Möglichkeit, wenn schon nicht genetisch verwandte, dann zumindest etwas ‚gesündere' Kinder herzustellen (Lafuente-Funes 2017, 267). Die *körperliche* Grundlage, auf welche das Imaginativ baut, ist somit das Subjekt der Eizellenspenderin. Diese liefert zwar mit den Eizellen das absolut wichtigste Element, steht jedoch in der Hierarchie dieser Bioökonomie an unterster Stelle. Während ‚Eizellenspenderinnen' noch in den 1990er und Anfang 2000er primär IVF-Patientinnen waren, welche überzählige Eizellen gespendet haben, sind es heute junge Frauen, welche die Reproduktionsklinik aufsuchen, um ihre Eizellen gegen eine finanzielle Vergütung zu spenden. Die verbesserten hormonellen Protokolle und damit die weniger starke Medikalisierung bei IVF-Patientinnen führt somit erst dazu, dass es heute junge Frauen sind, welche sich nur zum Zwecke einer Spende zur Reproduktionsklinik begeben.

Dieses Machtverhältnis materialisiert sich auch in spezifischen (Un-)Sichtbarkeiten im Klinikalltag: Während Embryonen wie auch Eizellenempfänger*innen sichtbar gemacht werden, werden Eizellenspenderinnen kontinuierlich unsichtbar gemacht. Diese situativen (Un)-Sichtbarkeiten verweisen auf eine ambivalente Situation: Einerseits sind Eizellenspenderinnen enorm wichtig für die Eizellenspendeökonomie, was sich in der akribischen Selektion zeigt. Andererseits dürfen sie nicht zu wichtig werden. Denn Spenderinnen als genetische Erzeugerinnen dürfen die fragile Position der Eizellenempfänger*in als legitime Mutter nicht gefährden. Zudem sollen sie die Klinik als die Akteurin, welche den primären finanziellen Gewinn aus dieser Transaktion erzielt, nicht delegitimieren. Gerade der genetische Trägertest versinnbildlicht diese Ambivalenz, denn er zielt darauf ab, die Genetik von Akteurinnen sichtbar zu machen, welche als Subjekte im Kontext dieser anonymen Spende konstant unsichtbar gemacht werden.

Diese Machtverhältnisse werden über verschiedene *Mythen* in Bezug auf die Eizellenspenderin konsolidiert: So etwa, indem die Eizellenspenderin als liebende altruistische Spenderin gerahmt wird, was eine

Verhandlung ihrer Position verunmöglicht, da es nicht um Arbeit, sondern um altruistische Hilfestellung geht. Oder aber indem die spanische Spenderin in den Diskursen der Klinikmitarbeitenden als *„disposable body"* (Wright 2006) konzeptualisiert wird, die Gründe für ihre Verfügbarkeit (ökonomische Situation, fehlende sonstige Verdienstmöglichkeiten) jedoch verschwiegen werden. Zudem werden die Risiken der Spende für die Spenderin im Kliniksetting kontinuierlich heruntergespielt.

Im Imaginativ des ‚gesunden' Kindes sind also verschiedene Differenzkategorien miteinander verschränkt: Einerseits sollen ‚gesunde' Körper hergestellt werden, was einer ableistischen Logik folgt. Andererseits werden Eizellenspenderinnen als subalterne Subjekte noch einmal stärker auf ihre Genetik reduziert, was die *„eggs-ploitation"* (Pfeffer 2011) von spezifisch verorteten Subjekten innerhalb dieser Bioökonomie verstärkt. Es ist die Zukunft der Eizellenempfänger*innen, welche in der Reproduktionsklinik zählt. Die Eizellenspenderinnen hingegen werden gerade über die Selektionstechniken auf ihre (genealogische) Vergangenheit reduziert. Es ist diese Verschränkung von ideellen, materiellen und körperlichen Machtasymmetrien, welche das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes bestimmt.

Zukunftsvisionen

Ein zweites zentrales Element sind die Zukunftsvisionen innerhalb der Eizellenspendeökonomie, welche ich im neunten Kapitel erläutert habe. Es sind also die in der Klinik zirkulierenden „Bilder, Geschichten und Legenden" (Taylor 2003, 23) in Bezug auf die Zukunft, welchen ich in diesem Kapitel nachging. Dabei verwiesen diese Zukunftsvisionen auf die Verbindungslinien zwischen dem ‚gesunden' Kind und der Technik, welche dieses hervorbringen soll.

Um die Zukunftsvisionen in der Klinik zu verstehen, habe ich im vorgehenden „theoretischen Einschub" weitere Vorstellungswelten in Bezug auf Krankheit und Tod beschrieben. Wenn wir die Techniken der Reproduktionsmedizin betrachten, dann sprechen wir zwar über den Lebensanfang und nicht über das Lebensende, aber Krankheit und Tod sind deswegen nicht weniger bedeutsam. Illich beispielsweise hat verdeutlicht, dass der Tod gerade in der Biomedizin nicht als integraler Bestandteil des Lebens, sondern im Sinne eines seriellen Zeitverlaufs als das Ende dieses Lebens konzeptualisiert wird (1995 (1975), 129). Die Biomedizin hat nicht die Aufgabe, den Umgang mit dem Tod

erträglicher zu machen, sondern sie hat zum Ziel, diesen zu verhindern. Somit hat sie versagt, wenn der Tod eintritt (ebd., 91, 107). Ganz grundsätzlich hat der Tod gemäß Illich in einer säkularen Welt nur noch diese biomedizinische, ergo negativ konnotierte Bedeutung.

In Bezug auf Krankheit hat Sontag (2016 (1977)) thematisiert, wie Krankheiten als Metaphern funktionieren, die als gesellschaftliche Denkmuster das Erleben dieser Krankheiten vorstrukturieren. Das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes ist auch ein Imaginativ des ‚nicht kranken' Kindes. Die Krankheiten, welche man mittels genetischer Trägertests feststellen kann, rufen gesellschaftliche Bilder und Vorstellungswelten hervor. Es sind, wie dies ein Klinikmanager formulierte, „Krankheiten, die nun wirklich niemand will" (Leon, Klinikmanager, Barcelona, 12.4.18). Genetische Krankheiten sind zudem per se unheilbar, ergo haben sie auch die Vorstellung des Todes eingeschrieben. Diese gesellschaftlichen Vorstellungswelten von Krankheit und Tod legitimieren den Einsatz von Techniken, welche das Versprechen in sich tragen, ‚gesündere' Kinder herzustellen, und sind somit quasi deren moralisches Fundament.

Die Zukunftsvisionen in der Klinik verweisen darauf, dass die Reproduktionsmedizin, mit Illich gesprochen, das Potenzial hat, ein „radikales Monopol" (1998 (1975), 83) aufzubauen. Denn wie ein Arzt meinte, wird man in Zukunft „Sex zum Spaß haben, aber in die Klinik gehen für die Reproduktion" (Ricardo, Arzt, Valencia, 1.10.2018). Denn die Klinik kann mehr Sicherheiten für ein ‚gesundes' Kind garantieren. Damit erlangt die Technik ein Monopol über die menschliche Reproduktion und ist damit weit mehr als eine technische Lösung für Unfruchtbarkeit oder für queere Menschen. Sie ist vielmehr die Lösung für die Gesellschaft per se. Dadurch wird eine neue technikaffine Ethik erschaffen, welche ihrerseits den Einsatz von immer neueren Techniken legitimiert. Es ist diese „Totalisierungstendenz" (Ellul 2012, 207) der Technik, welche sie so wirkungsmächtig macht und damit letztlich das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes zementiert. Es geschieht also das, was auch Jasanoff und Kim (2015, 4) mit den „*sociotechnical imaginaries*" beschrieben haben, nämlich, dass Imaginative eine Zukunft produzieren, welche der Idee des Fortschrittes verschrieben ist und über Technik erlangt werden soll, gleichzeitig aber auch die technischen Entwicklungen an und für sich weiter vorantreiben.

Das Fortschrittsnarrativ und ein grundlegender Technikoptimismus sind in den Zukunftsvisionen der Klinikmitarbeitenden und

Genetiker*innen dominant, werden aber auch von Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen mitgetragen. Eizellenempfänger*innen grenzen sich einerseits sehr stark von einer technisierten Reproduktion und der Idee des *Designerbabys* ab, reproduzieren die Narrative in der Praxis jedoch auch. Dies zeigt sich etwa in den überdurchschnittlichen Kaiserschnittraten und einer generell positiven Einstellung gegenüber den zur Verfügung stehenden genetischen Selektionstechniken. Auch Eizellenspenderinnen unterstützen das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes, indem sie die Selektionstechniken in ihren Diskursen normalisieren. Dass das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes kollektiv weitergetragen wird, verleiht ihm Stabilität. Diese Zukunftsvisionen betreffen aber nicht ausschließlich die Zukunft, sondern strukturieren bereits die aktuelle Praxis, da sich diese stark an der Technik und am Fortschrittsnarrativ orientiert.

Der Blick auf die Zukunftsvisionen in der Klinik CREAVIVA hat gezeigt, dass die Eizellenspende im spanischen Kontext nicht nur eine assistierte, sondern auch eine selektive Reproduktion ist. Die Technik ist die zentrale Antreiberin dieser Entwicklung. Denn das ‚gesunde' Kind soll primär über die flächendeckende Anwendung (genetischer) Selektionstechnologien erreicht werden. Der Umstand, dass Be_hinderung, Krankheit und Tod gesellschaftlich mit Ängsten und Unsicherheiten verbunden sind, während Technik mit Fortschritt und Hoffnung konnotiert ist, stabilisiert und verstärkt das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes.

Gegenwartspraktiken

Als drittes Element diskutiere ich hier das Imaginativ als eine Art „organisierten Bereich sozialer Praktiken" (Appadurai 1996, 31), welchen ich am Beispiel der Anwendung des genetischen Trägertests im zehnten Kapitel erörtert habe. Der Blick auf die Gegenwartspraktiken zeigt, dass es hier kaum eine Konstante gibt, da sich die Techniken und die Wissensstrukturen in diesem Feld rasant wandeln.

Die Gegenwartspraktiken sind im Kontext einer zeitgenössische Biomedizin zu verstehen, bei welcher es nicht mehr um die Behandlung von bereits existierenden Krankheiten geht, sondern darum, zukünftige Krankheiten zu eruieren (Lock und Nguyen 2018, 50). Gerade die Genetik ist dafür bezeichnend, denn sie bringt potenzielle Zukunft in die Gegenwart, um diese ex ante zu modifizieren (Beck-Gernsheim 1995, 10). Dieses „molekulare Verständnis" (Rose 2006) von Gesundheit, welches ich im theoretischen Einschub vor diesem Kapitel beschrieben

habe, ist der Kontext, in welchem der genetische Trägertest überhaupt zu einer primären Selektionstechnik werden konnte. Denn der genetische Trägertest beinhaltet das Versprechen, gewisse Gesundheitsrisiken gar nicht erst entstehen zu lassen. Damit ist er symptomatisch für dieses zeitgenössische Verständnis von ‚Gesundheit'.

In Bezug auf die Eizellenempfänger*innen, Eizellenspenderinnen und Klinikmitarbeitenden habe ich in diesem Kapitel nachgezeichnet, wie die Anwendung von genetischen *Screenings* als Nebenfolge auch neue Unsicherheiten und neue Verantwortungen generiert, welche an die involvierten Subjekte externalisiert werden. So müssen Eizellenempfänger*innen diverse Entscheide treffen, etwa ob sie Zusatzleistungen wie beispielsweise ein genetisches *Matching* machen oder noch eine Präimplantationsdiagnostik durchführen. Diese Entscheide sind auch mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden und hängen nicht zuletzt mit individuellen finanziellen Möglichkeiten zusammen. Embryolog*innen tragen über diese neuen Techniken eine zusätzliche Verantwortung, alle Eventualitäten auch abzuklären und nicht willentlich eine „Krankheit in eine Genlinie zu bringen", wie dies eine Embryologin formulierte (Rafaela, Embryologin, Valencia, 12.7.2018).

In Bezug auf die Eizellenspenderinnen bringt der genetische Trägertest eine ganz eigene Problematik mit sich. Denn bei den Spenderinnen wird die Genetik abgeklärt, jedoch nicht für ihre eigene Zukunft, sondern für die Zukunft einer anderen Familie. Dennoch betreffen sie die Resultate des Trägertests in einer ganz viszeralen Art und Weise, denn Trägertests erzeugen Wissen über die eigene genetische Veranlagung. Zudem ‚müssen' sich Eizellenspenderinnen freiwillig für den Test entscheiden, was ich als „verordnete Freiwilligkeit" bezeichnet habe. Der Test erfordert ein selbstbestimmtes Subjekt, welches sich aus ‚freiem Willen' zu diesem Test entscheidet. Dies wird sowohl in den *Informed Consents* wie auch in den gesetzlichen Grundlagen und in den dominanten Narrativen der Klinikmitarbeitenden und Genetiker*innen ersichtlich. Diese Dimension der ‚verordneten Freiwilligkeit' zeichnet den genetischen Trägertest als eine Form klassischer Biopolitik aus, bei welcher zumindest vordergründig die individuelle Freiheit das zentrale moralische und politische Prinzip darstellt, über welches Macht ausgeübt wird (Mills 2016, 112).

Die beobachteten ärztlichen und psychologischen Informationstermine für Spenderinnen sowie die Aussagen von Genetiker*innen belegen, dass die Eizellenspenderinnen in der Praxis weder entscheiden können

(wer nicht testet, spendet nicht), noch Raum erhalten für Unsicherheit und Fragen. Das zeigt sich etwa in der effizienten Abwicklung der Informationsgespräche. Die Mitteilung des aus dem genetischen Trägertest erworbenen Wissens an die Spenderinnen stellt eine weitere Problematik dar: Dieses Wissen wird nach Ermessen der Ärzteschaft mitgeteilt oder eben nicht. Wenn es mitgeteilt wird, dann fehlt jedoch eine genetische Beratung, um dieses abstrakte Konzept einer rezessiv vererbbaren Krankheit und den Status der Trägerin zu kontextualisieren.

Dieses Vorgehen befindet sich somit in einer juristischen Grauzone, denn die spanische Gesetzgebung schreibt bei genetischen Tests eine Beratung zwingend vor. In diesem Kontext werden Spenderinnen auch zu Lieferantinnen von wertvollen epidemiologischen Daten und sind somit in eine weitere datenbasierte Extraktionskette eingebunden (Couldry und Mejias 2019). Juan, der Genetiker aus Valencia, stellt dies als absolutes Novum dar: „Es ist das erste Mal in der Geschichte der Menschheit, dass wir an diese Daten der Personen kommen, bevor sich diese reproduzieren. Das ist eine Innovation, das hat es noch nie gegeben" (Juan, Genetiker, Valencia, 14.11.2018).

Der genetische Trägertest ist dabei nicht jenseits von kapitalistischer Marktlogik zu verstehen. Denn dieses Verfahren breitet sich mit den neuen Techniken, welche immer billiger werden und gleichzeitig eine immer größere Bandbreite an Varianten untersuchen können, rasant aus. Daher illustriert der genetische Trägertest auch die Totalisierungstendenz der Technik (Ellul 2012 (1977), 207), also die Tendenz der Technik, immer neue technische Störanfälle zu produzieren, welche erneuter technischer Interventionen bedürfen und somit die Technik immer weiter vorantreiben. Je mehr Varianten getestet werden, desto höher wird nämlich auch das Risiko, dass man bei beiden Erzeuger*innen übereinstimmende Varianten identifiziert. In Hinblick auf das hegemoniale Fortschrittsnarrativ und den generellen Technikoptimismus im Feld der Reproduktionsmedizin bedeutet dies, dass immer neue Unsicherheiten und somit iatrogene Risiken erschaffen werden, welche immer ausgeklügeltere Techniken erfordern. Diese Entwicklung der Technik ermöglicht auch eine Konstituierung immer neuerer Märkte. Die spanische Bioökonomie ist dafür exemplarisch: Das primäre Ziel von *Private Equity*-Firmen ist nicht die medizinische Versorgung, sondern ökonomische Rendite. Dass Kliniken, welche sich primär als Unternehmen verstehen, diese Weiterentwicklung der Techniken vorantreiben, ist nachvollziehbar.

Volatilität, Brüchigkeit und Multiplizität: Eine stabile Basis

Die klinischen Praktiken zeichnen sich schließlich durch ihre Volatilität und Brüchigkeit wie auch durch eine Multiplizität von Praktiken aus. Volatilität zeigt sich einerseits in der Unbeständigkeit und Fragmentierung der Arbeitsprozesse in der Klinik. Sie liegt aber auch in der Geschwindigkeit, mit welcher sich die Wissensstrukturen wandeln. So verändern sich die Meinungen der Ärzt*innen zu den Techniken oft sehr schnell, je nachdem welche Konferenzen sie besuchen oder mit welchen Genetiker*innen sie zusammenarbeiten. Das bedeutet auch, dass das Wissen in Bezug auf die Tests sehr brüchig ist und immer wieder dem aktuellen Wissensstand angepasst wird. Diese Brüchigkeit steht in starkem Kontrast zu der vermeintlichen Sicherheit, welche der Genetik als „Buch des Lebens" (Rothman 2001) auch von Eizellenspenderinnen und Empfänger*innen oft zugeschrieben wird. Die Volatilität dieses Wissens wird von Ärzt*innen gerade in der Kommunikation mit Eizellenempfänger*innen auch strategisch genutzt, um das Versagen von Technik zu erklären. Dabei kreieren Ärzt*innen einen „verhängnisvollen Moment" (Giddens 1991, 113), bei welchem das fehlende Wissen als zu akzeptierendes Schicksal konzeptualisiert wird.

Die schnelle Veränderung des Wissens führt auch dazu, dass die Techniken als solche nicht hinterfragt werden. Denn eine Reflexion würde eine Pause oder zumindest eine temporäre Stabilisierung der Technik notwendig machen, welche es in dieser Industrie nicht gibt. Was heute noch gilt, wird morgen schon veraltet sein. Die Reflexion über diese Techniken geschieht primär von Seiten der Bioethiker*innen und anderen Expert*innen in Gremien wie der SEF. Meist sind diese aber selbst eher Technokrat*innen und ideologisch und personell sehr eng mit den Privatkliniken verbunden.

Die Multiplizität schließlich zeigt sich in der Präsenz von multiplen Akteur*innen und verschiedenen Berufsgruppen mit ihrer jeweils eigenen „epistemischen Wissenskultur" (Knorr Cetina und Reichmann 2015). Der genetische Trägertest ist eine Technik, welche eines Expert*innenwissens von Genetiker*innen bedarf, jedoch in der Praxis primär von Ärzt*innen angewandt wird. Das Wissen in den Diskursen der Genetiker*innen ist nicht dasselbe wie dasjenige, welches in den klinischen Praktiken zirkuliert. In der Klinik werden die Konzepte der Genetik und Epigenetik selektiv und strategisch eingesetzt, um bestimmte Techniken und Prozesse wissenschaftlich zu legitimieren. So wird etwa die Epigenetik von den Ärzt*innen als Konzept benutzt,

um die Relevanz der Eizellenempfänger*innen für die Entwicklung des Kindes hervorzuheben. Dass Epigenetik auch die Rolle der Eizellenspenderin verstärkt, da diese auch epigenetische Krankheiten weitergeben könnte, wird hingegen nicht kommuniziert. Aber auch die Dimension des Risikos hat multiple Bedeutungen und wird je nach Kontext situativ genutzt. Dieses Zusammenspiel von Volatilität, Brüchigkeit und Multiplizität in den Gegenwartspraktiken mit dem geltenden Fortschrittsnarrativ und der Technikaffinität formt insgesamt eine sehr stabile Basis für das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes.

Fazit: Die Eizellenspende ist eine selektive Reproduktion

In diesem Buch habe ich die multiplen Verflechtungen von Reproduktions- und Gentechnik am Beispiel der Eizellenspende in Spanien aufgezeigt. Das Ziel dabei war es auch, den Leser*innen die Komplexität der Reproduktionsmedizin näherzubringen und die multiplen Praktiken und Techniken, welche de facto unter dem Label „Eizellenspende" gefasst werden, im Sinne einer *sensory ethnography* (Pink 2015) quasi erfahrbar zu machen. Dabei wurde die Eizellenspende auch als selektive Reproduktion aufgezeigt, welche auf dem Imaginativ des ‚gesunden' Kindes gründet. Das ‚gesunde' Kind als Imaginativ hat seine Grundlage in den (ideellen, materiellen und körperlichen) Ungleichheitsstrukturen der Eizellenspendeökonomie (1). Es manifestiert sich in den kollektiv geteilten technikaffinen Zukunftsvisionen, welche über das inhärente Fortschrittsnarrativ diese Technik immer weiter vorantreiben (2), und es bringt dadurch eine medikalisierte Gegenwart hervor, in welcher über genetische Selektionstechniken das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes konstant bewirtschaftet und reifiziert wird (3). Diese Reifikation eines abstrakten Imaginativs ist aber nicht ein linearer Prozess, sondern ergibt sich gerade über multiple Widersprüche und Ambivalenzen. Die Wirkungsmächtigkeit eines Imaginativs zeigt sich im Grad seiner gesellschaftlichen Stabilisierung. Dieses Buch hat am Beispiel der Eizellenspendeökonomie aufgezeigt, dass es die (Re-)Produktion von Machtverhältnissen und Ungleichheitsstrukturen ist, welche diese Stabilisierung maßgeblich vorantreibt: Das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes ist in der Reproduktionsklinik untrennbar verbunden mit dem Zugriff auf verfügbare und prekäre Körper von Eizellenspenderinnen. Die Volatilität der Wissensstrukturen und die Anwesenheit von multiplen Expert*innen mit ihren jeweils eigenen epistemischen Kulturen führt dazu, dass das Imaginativ als solches unhinterfragbar und somit stabilisiert wird. Es wird schließlich gerade dort wirkungsmächtig, wo Eizellenempfänger*innen mit jahrelang unerfülltem Kinderwunsch besonders

vulnerabel sind: Sie wollen kein weiteres Risiko eingehen und sind daher empfänglich für die Versprechung auf ein ‚gesundes' Kind. Anschließend an feministische Debatten, welche die Eizellenspende als Teil einer kapitalistischen Ordnung diskutieren (Cooper und Waldby 2014; Ikemoto 2015; Lafuente-Funes und Orozco 2020; Nahman 2013; Namberger 2019; Vertommen und Barbagallo 2021), habe ich damit die enge Verquickung von assistierter und selektiver Reproduktion in der transnationalen Eizellenspendeökonomie aufgezeigt.

Weitere Forschungsfragen

Aus meiner Forschung haben sich auch weitere potenzielle Forschungsfragen ergeben. So habe ich etwa aufgezeigt, dass Eizellenspenderinnen in diesem Prozess zunehmend auch zu Spenderinnen von epidemiologischen Daten werden. Es wäre weiter zu erforschen, wie genau sich die Implikation der Eizellenspenderinnen im Bereich der Forschung zur Reprogenetik auswirkt: Wie werden diese Daten weiterverarbeitet, zu welcher Forschung tragen Eizellenspenderinnen hier bei? Dabei stellt sich auch die Frage, wie ihre Daten aufbewahrt werden. Denn diese könnten in Zukunft für Arbeitgeber*innen und Versicherungen wichtig werden, weshalb Datenschutz elementar wäre: Wie gewährleisten private Unternehmen diese Sicherheit? Und schließlich: Was bedeutet dies längerfristig? Wie gehen Eizellenspenderinnen in ihrer eigenen Reproduktionsgeschichte mit dem Wissen um, dass ihre genetischen Daten bereits analysiert in einer Datenbank liegen? In Bezug auf genetische *Matchings* wäre auch die Perspektive von Vätern relevant. Denn beim *Matching* werden ja auch die genetischen Daten des Erzeugers mittels Trägertest erhoben. Es wäre wichtig zu wissen, wie die Väter mit diesen neuen Optionen umgehen. Wie betrifft sie das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes und wie gehen sie um mit den Resultaten aus dem Test?

In Bezug auf die Spenderinnen wären zudem longitudinale Studien eminent wichtig. Für eine Thematisierung der Risiken der Eizellenspende für die Spenderin wäre eine größer angelegte Studie, welche auch die Retrospektive von Eizellenspenderinnen berücksichtigt, äußerst wertvoll. Schließlich möchte ich noch eine letzte potenzielle Frage aufwerfen, und zwar diejenige nach der Perspektive der Kinder. Meine Arbeit hat darauf verwiesen, dass das ‚gesunde' Kind in der Klinik ein mächtiges Imaginativ ist. Das Kindeswohl ist gerade in unserer „pädozentristischen Gesellschaft" (Kneuper 2004) zentral und wird auch in den medial geführten Debatten um die Reproduktionsmedizin immer wieder betont. Es wäre deshalb wichtig, auch die Perspektive der

aus der Spende erzeugten Kinder in der Debatte um Drittparteien-Reproduktion aufzunehmen. Wie beurteilen sie die Spende? Und wie sieht die Entwicklung dieser Kinder aus? Hat das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes auch beim Heranwachsen der Kinder eine Bedeutung und wenn ja, wie materialisiert es sich?

Dies sind nur einige mögliche Anschlussfragen an meine Forschung. Meine hier präsentierten Daten und ihre Interpretation sind eine Momentaufnahme und damit eine zeitlich-räumliche Stabilisierung. Um hier nochmals Leigh Stars Begriff des „Webens" aufzunehmen, bedeutet feministische Epistemologie auch, das eigene *„knowledge-weaving"* konstant weiterzuentwickeln und die damit verbundenen Bedeutungen kontinuierlich anzupassen. (Bauchspies und Bellacasa 2009, 336) Im Folgenden stelle ich abschließend einige Denkanstöße vor, um meine Erkenntnisse in einer breiteren gesellschaftlichen Debatte zu verorten.

Ausblick: Techniken bekämpfen Symptome statt Ursachen

Die Eizellenspende bietet eine technische Lösung für ein gesellschaftliches Problem. Die Nachfrage nach dieser Technik ergibt sich aus einer gesellschaftlichen Tendenz, die Mutterschaft im Lebenszyklus auf später zu verschieben. Das mag einen emanzipatorischen Aspekt beinhalten, da Frauen sich nun freier entscheiden können, ob und wann sie Kinder haben möchten. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass dieser Entscheid oft auch damit zusammenhängt, dass Erwerbsarbeit und Kinder kriegen in einer postindustriellen Gesellschaft nicht gut vereinbar sind. Das aktuell vorherrschende Vollzeit-Erwerbsmodell suggeriert, dass ‚irgendwer' nebenbei die ganze Reproduktionsarbeit leistet. Und dieser ‚irgendwer' ist auch heute noch meistens die Frau (Winker 2015). Die starke gesellschaftliche Wertschätzung von und Identifikation mit Erwerbsarbeit und die gleichzeitige Abwertung von Care-Arbeit ist ein zusätzlicher Aspekt, warum Kinder haben gerade für gut ausgebildete Frauen kaum attraktiv ist. Die späte Mutterschaft ist also auch ein Konzept, welches nicht jenseits von aktuellen Arbeitsverhältnissen gedacht werden kann.

Ein weiterer Grund für die vermehrte Nachfrage nach Reproduktionstechnologien ist die steigende Unfruchtbarkeit, die primär einer toxischen Umwelt zuzuschreiben ist (Pizzorno 2018). Pestizide und Mikroplastik in der Nahrung, Toxine in Putzmitteln, Abgasschadstoffe in der Luft, Mikroplastik, Industriechemikalien und Medikamentenrückstände

im Wasser: Die kapitalistische Konsumgesellschaft koproduziert damit die Unfruchtbarkeit, welcher mit technischen Lösungen begegnet wird, statt eine Grundsatzdebatte über die Ursachen für die immer verheerenderen Auswirkungen des kapitalistischen Wirtschaftsmodells zu führen. Die fortschreitende Technisierung der Reproduktion bedeutet aber auch eine stärkere Stratifizierung. Denn wenn die Reproduktion einer Marktlogik folgt, bedeutet dies, dass nur diejenigen Zugang haben, welche sich dies auch finanziell leisten können. Auch das Anrecht auf ein ‚gesundes' Kind wandelt sich im Klinikkontext zunehmend zu einer Frage der finanziellen Möglichkeiten. Gerade in Bezug auf Umweltschäden ist dies besonders kritisch zu betrachten, sind doch insbesondere die Bevölkerungsgruppen am meisten exponiert und somit von Unfruchtbarkeit betroffen, welche sich die technische Reproduktion danach kaum leisten können.

Schließlich geht es beim Imaginativ des ‚gesunden' Kindes auch um ein Nicht-Anerkennen der fundamentalen menschlichen Verletzlichkeit. Während eine Utopie der ‚Gesundheit' Ideale wie Stärke und Unverletzlichkeit transportiert, möchte ich abschließend eine alternative Utopie andenken, welche im Gegensatz dazu auf Verletzlichkeit und Interdependenz beruht. Judith Butler schlägt die Anerkennung der körperlichen Vulnerabilität als die Dimension vor, welche Menschen in ihrer Essenz verbindet (Butler 2006, 19, 42). Während eine Anerkennung der Unzulänglichkeiten und Verletzlichkeiten also zu einer Begegnung von Menschen auf einer geteilten Grundlage führen könnte, kann die Aberkennung dieser Verletzlichkeit gemäß Butler zu Gewalt und einer Fantasie der Beherrschung führen (ebd., 29).

Auch das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes beinhaltet im Kontext der Reproduktion mit Drittparteien die Aberkennung der Subjekthaftigkeit von Spenderinnen. Deren Genetik wird untersucht für die Herstellung eines ‚gesunden' Kindes einer anderen Familie. Die Spenderin als Subjekt ist dabei sekundär. Das Imaginativ des ‚gesunden' Kindes wird also auf dem Körper von subalternen Subjekten bewirtschaftet. Wenn die Verletzlichkeit und Subjekthaftigkeit von Eizellenspenderinnen anerkannt würde, dann wäre dies eine ganz andere Voraussetzung, welche der aktuellen Praxis der Unsichtbarmachung diametral entgegensteht. Aber auch für die Eizellenempfänger*innen könnte die Anerkennung von Verletzlichkeit einen Anknüpfungspunkt bieten zu den bisherigen biographischen Erlebnissen, welche oft von zermürbenden Jahren mit vielen fehlgeschlagene IVF-Versuchen und somit von Verletzlichkeit geprägt sind. Während eine Utopie der ‚Gesundheit'

für die Eizellenempfänger*innen oft auch zusätzliche Verunsicherung und Druck hervorruft, würde eine Utopie der Verletzlichkeit diese bei ihren Erfahrungen abholen.

Die Problematik der Utopie der ‚Gesundheit' liegt zudem darin, dass sie die Hoffnung auf ein ‚gesundes' Kind nährt, jedoch effektiv nur minimalen Einfluss auf ‚Gesundheit' hat. Die Selektionstechniken der Reproduktionsklinik verhindern keine Geburtsgebrechen, keine Unfälle, keine sonstigen Krankheiten. Man kann noch so viel selektionieren, wenn das Kind bei der Geburt zu wenig Sauerstoff kriegt, wird es kein ‚gesundes' Kind. Die Anerkennung einer grundlegenden Verletzlichkeit und Abhängigkeit widerspricht auch der ableistischen Logik von wertvollen ‚gesunden' und somit starken, unabhängigen Körpern als Gegenpol zu den zu verhindernden abhängigen, ‚kranken' oder be_hinderten Körpern. Gerade diese Dimension der Unabhängigkeit ist in den von mir beschriebenen Prozessen auch sonst ganz elementar: Eizellenspenderinnen müssen unabhängig entscheiden, Eizellenempfänger*innen werden in dieser technisierten Reproduktion mit einer Palette von Wahlmöglichkeiten konfrontiert, für welche sie sich entscheiden müssen. Hinter dem Imaginativ des ‚gesunden' Kindes steht also eine Ethik, welche Autonomie, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit valorisiert. Care-Theoretiker*innen haben aufgezeigt, dass dies problematisch ist, denn „Moralvorstellungen, die auf dem Bild des unabhängigen, autonomen, rationalen Individuums aufbauen, übersehen weitgehend die Realität der menschlichen Abhängigkeit" (Held 2007, 10). Eine vermeintliche Autonomie aufrechtzuerhalten heißt nicht nur, kranke und be_hinderte Menschen von einem ‚guten' Leben auszuschließen, es bedeutet auch, dass das menschliche Dasein als in gewissen Momenten immer abhängige Kondition (als Baby und Kind, in Momenten der Krankheit, im Alter) als solches nicht anerkannt und nicht wertgeschätzt wird. Im Gegensatz dazu nimmt eine Care-Ethik die Abhängigkeit gerade als Ausgangspunkt für die Formulierung von ethischen Grundsätzen. So plädiert etwa Eva Kittay in ihrem Buch „*Learning from My Daughter: The Value and Care of Disabled Minds*" (Kittay 2019) für ein Anerkennen von Relationalität, und somit für ein Anerkennen der Abhängigkeit unter Menschen. Sie nimmt Be_hinderung also als Ansatzpunkt für eine gesellschaftliche Maxime: Die Maxime des „Sich-Sorgens."

Wenn Abhängigkeit und Verletzlichkeit als grundlegende menschliche Dimensionen anerkannt würden, dann müsste auch die Reproduktion anders verhandelt werden. Statt die Entwicklung von immer weiteren

Techniken zu fördern, welche das ‚gesunde' Kind ein Stück näherbringen sollen, müssten Staaten in soziale Absicherung investieren, damit ‚Krankheit' und Be_hinderung nicht mehr nur auf den Schultern der Familien lasten, sondern zumindest finanziell kollektiviert werden. Als Gesellschaft würden wir unseren Sinn darin sehen, die Verletzlichsten dieser Gesellschaft zu schützen und uns um sie zu sorgen. Unsere Ökonomie müsste so umstrukturiert werden, dass diese zentrale menschliche Aufgabe des Sorgens auch finanziell vergütet wird. Als Zivilgesellschaft sollten wir neue Ansätze des Zusammenlebens und des ‚Zusammensorgens' erproben, welche jenseits des Konstrukts Kleinfamilie funktionieren und somit der aktuellen Vereinzelung entgegenwirken. Gerade die aktuelle Covid-19-Pandemie zeigt neben all den ungleichen Effekten auf verschiedene Körper auch auf, wie relational unsere Gesellschaft in ihrer Essenz ist. Vielleicht ist dadurch gerade heute die Chance da, die Weichen zu stellen für eine neue Utopie: Eine Utopie der Kollektivität und Inklusion, der Verletzlichkeit und der Interdependenz.

12. Danksagung

Ohne die Unterstützung zahlreicher Personen und Institutionen hätte dieses Buch nicht realisiert werden können. Für die Hilfe möchte ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanken!

Zuallererst all jenen, welche ihre Gedanken, Gefühle und Erlebnisse mit mir geteilt haben. Ein muchas gracias gebührt dem gesamten Team der Reproduktionsklinik in Valencia, welches mich zehn Monate lang an seinem Alltag teilhaben ließ. Besonderen Dank möchte ich auch den Eizellenspenderinnen und Eizellenempfänger*innen aussprechen, welche mir ihre Geschichten erzählten, beim Fotoprojekt mitgemacht haben oder mich via Videotagebuch an ihrer reproduktiven Reise teilhaben ließen.

Ein riesiger Dank für die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit geht an Carla Schäfer von der Edition Assemblage, wie auch Silvana Schmidt fürs Korrektorat und Hannah Rosenblatt und Meret Gschwend fürs Layout. Zudem konnte ich auf die Mithilfe von Leonie Haller und Mia Gurtner zählen – für die Übersetzung der Zitate wie auch beim Fertigstellen des Manuskriptes: Merci!

Meine Dissertation und die Publikation als Buch wurden vom SNF über ein doc.CH-Stipendium finanziell ermöglicht. Bedanken möchte ich mich bei Carolin Schurr und Franz Schultheis, welche das Projekt während der gesamten fünf Jahre begleitet haben. Vincenzo Pavone hat mich und mein Projekt in Spanien gehostet und Michal Nahman hat mich gerade zu Beginn der Forschung in der Themenfindung unterstützt: Gracias und thank you!

Ohne die Mithilfe verschiedener Künstler*innen wäre dieses Buch nicht, was es ist: Bei Tamara Sánchez Pérez bedanke ich mich für die eindrücklichen Fotos, welche aus dem Fotoprojekt entstanden sind. Ihre Sensibilität und ihr spezifischer Blick prägen auch diese Arbeit. Benoît Gisler hat quasi einen Soundtrack für das Buch erschaffen, zu hören in den Audioauftakten der empirischen Kapitel. Herzlichen Dank auch an Christof Steinmann und Fatima Dunn, dass wir dafür eure Musik nutzen durften. Janosch Perler schließlich verdanke ich den Schnitt des Videotagebuchs und ein Mitdenken in Bezug auf die visuellen und auditiven Dimensionen dieser Arbeit. Diesbezüglich danke ich auch Mirko Winkel herzlich für seine konstruktive Kritik. Danken

möchte ich auch Angela Bommer, die mich bei der Auswertung der Fragebögen unterstützte.

Mit Anna Molas verbindet mich eine langjährige Freundschaft und ein gemeinsames Denken. Unser regelmäßiger Kontakt und der kontinuierliche Austausch haben diese Arbeit maßgeblich mitgeprägt. Ein großes Danke geht auch an Günther Schneider, Nora Komposch und Ricce Perler, welche die Dissertation, auf Basis derer dieses Buch entstanden ist, lektoriert haben!

Für die vielfältige Unterstützung und die Rückmeldungen bin ich insbesondere dem Team der Transcultural Studies in St. Gallen und später demjenigen der Sozial- und Kulturgeographie in Bern sehr verbunden: Suncana Laketa, Maaret Jokkela-Pansini, Jeannine Wintzer, Nora Komposch, Claudia Pfister und Therese Laubscher, Amena Schwabe und Elisabeth Militz. Ein Merci für die wertvollen Rückmeldungen auch an all diejenigen, welche Teile dieses Buches gegengelesen haben oder mich sonst fachlich oder emotional unterstützt haben; ganz besonders Isabelle Schläpfer und Veronika Siegl, Taleo Stüwe, Cécile Schlüchter, Désirée Ruppen, Tina Büchler, Sara Lafuente Funes, Sabine Strasser, Rosa und Dani, Xavi, Eva und Maria, sowie die Kolleg*innen aus der IZFG Graduate School und der DOK Graduate School in St. Gallen. Mein besonderer Dank gilt schließlich auch den vielen Freund*innen und meiner erweiterten Familie, welche mich unterstützten, ermunterten, ablenkten: Herzlichen Dank euch allen!

Ein letzter immenser Dank, geht an Benoît: Danke für deine Unterstützung, deine Kritik, deine Liebe, deine Solidarität, compañero más querido. Benoît hat die Reproduktionsarbeit für dieses Buch geleistet. In vielen Stunden Sorgearbeit hat er erst den Raum dafür gegeben, dass ich mich so intensiv mit der Thematik beschäftigen konnte. Ich bin so dankbar dafür! Und schließlich: Nima Leo, Lilith Anahí und Eloi Joan – das wunderbarste Trio, das ich mir vorstellen kann! Ihr habt mich auch immer wieder ins Hier und Jetzt zurückgeholt, das war und ist so unendlich wertvoll!

Danke, gracias, merci, thank you!

13. Bibliographie

Abellán, Fernando. 2011. „Situation jurídica de la especialidad: Regulación y normativa nacional y autonómica". In *Libro blanco sociosanitario. „La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas"*, herausgegeben von Robert Matorras Weinig, Buenaventura Coroleu Lletget, Alberto Romeu Sarrió und Federico Pérez Milán, 85–96. Madrid: Imago Concept & Image Development, S.L.

Abulí, Anna, Montserrat Boada, Benjamín Rodríguez-Santiago, Buenaventura Coroleu, Anna Veiga, Lluís Armengol, Pedro N. Barri, Luis A. Pérez-Jurado und Xavier Estivill. 2016. „NGS-Based Assay for the Identification of Individuals Carrying Recessive Genetic Mutations in Reproductive Medicine". *Human Mutation* 37, no. 6: 516–23. https://doi.org/10.1002/humu.22989

Achtelik, Kirsten. 2015. *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung.* 1. Edition. Berlin: Verbrecher Verlag.

Adams, Vincanne, Michelle Murphy und Adele E Clarke. 2009. „Anticipation. Technoscience, Life, Affect, Temporality". *Subjectivity* 28, no. 1: 246–65. https://doi.org/10.1057/sub.2009.18

Adu-Ampong, Emmanuel Akwasi und Ellis Adjei Adams. 2020. „'But You Are Also Ghanaian, You Should Know'. Negotiating the Insider–Outsider Research Positionality in the Fieldwork Encounter". *Qualitative Inquiry* 26, no. 6: 583–92. https://doi.org/10.1177/1077800419846532

Agustín, Marco. 2014. „ProA vende Eugin, la clínica de fertilización para los VIP europeos, por 150 millones". El Confidencial, 8. September 2014, Abschn. Empresas. https://www.elconfidencial.com/empresas /2014-09-08/proa-pone-a-la-venta-eugin-la-clinica-de-fertilizacion-para-los-vip-europeos_186329/. [Abgerufen am 09.02.2021]

———. 2015. „Gran parto de ProA: vende la clínica de fertilización para VIPs a un grupo árabe". El Confidencial, 24. Februar 2015, Abschn. Empresas. https://www.elconfidencial.com/empresas/2015-02-24/pro a-hace-el-gran-negocio-con-la-venta-de-la-clinica-de-fertilizacion-para-vip-a-un-grupo-arabe_717192/. [Abgerufen am 09.02.2021]

Ahmed, Sara. 2010. *The Promise of Happiness*. Durham: Duke University Press.

Alkorta Idiakez, Itziar. 2006. „Los derechos reproductivos de las mujeres vascas en el cambio de siglo: de la anticoncepción a la reproducción asistida". In *Discursos y prácticas de género. Mujeres y hombres en la historia de Euskal Herria*, 345–71. Donostia-San Sebastián: Eusko Ikaskuntza.

Almeling, Rene. 2007. „Selling Genes, Selling Gender: Egg Agencies, Sperm Banks, and the Medical Market in Genetic Material". *American Sociological Review* 72, no. 3: 319–40. https://doi.org/10.1177/00 0312240707200301

Anderson, Benedict. 2016. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. Revised. London New York: Verso.

Andrews, Lori B. 1986. „My Body, My Property". *The Hastings Center Report* 16, no. 5: 28–38. https://doi.org/10.2307/3562693

Appadurai, Arjun. 1990. „Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy". *Theory, Culture & Society* 7, no. 2–3: 295–310. https://doi.org/10.1177/2F026327690007002017

———. 1996. *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

———. 2013. *The Future as Cultural Fact: Essays on the Global Condition*. 3. London: Verso.

Arey, Whitney. 2018. „Web Roundup: CRISPR Babies and Bioethics". Somatosphere (blog). 31. Dezember 2018. http://somatosphere.net/2018/12/web-roundup-crispr-babies-and-bioethics.html. [Abgerufen am 09.02.2021]

Website Ärzteblatt.de. 2021. Kontroverse Debatte über Legalisierung von Eizellspenden. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120622/Kontroverse-Debatte-ueber-Legalisierung-von-Eizellspenden [Abgerufen am 26.10.2021].

Barthes, Roland. 2012. *Mythen des Alltags: Vollständige Ausgabe*. 5. Edition. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Bartholdi, Deborah, Sabina Gallati, Hansjakob Müller, Sabina Gallati, Patrick Imhasly, Peter Miny, Hansjakob Müller, Andreas Papassotiropoulos, Rouven Porz und Friedel Wenzel. 2011. „Genetik im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis". *Schweizerische Ärztezeitung* 92, no. 44: 1689–1689. https://doi.org/10.4414/saez.2011.16416

Bauchspies, Wenda K. 2009. „Potentials, Actuals and Residues: Entanglements of Culture and Subjectivity". *Subjectivity* 28, no. September: 229–45. https://doi.org/10.1057/sub.2009.19

Bauchspies, Wenda K und María Puig de la Bellacasa. 2009. „Feminist Science and Technology Studies: A Patchwork of Moving Subjectivities. An Interview with Geoffrey Bowker, Sandra Harding, Anne Marie Mol, Susan Leigh Star and Banu Subramaniam". *Subjectivity* 28, no. September: 334–44. https://doi.org/10.1057/sub.2009.21

Beaudet, Arthur L. 2015. „Global genetic carrier testing: a vision for the future". *Genome Medicine* 7, no. 79. https://doi.org/10.1186/s13073-015-0204-9

Beck, Ulrich. 2015. *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. 22. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Beck-Gernsheim, Elisabeth. 1991. *Technik, Markt und Moral: Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

———. 1995. *Welche Gesundheit wollen wir?: Dilemmata des medizintechnischen Fortschritts*. 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Béliard, Aude und Jean-Sébastien Eideliman 2008. „Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique". In *Les*

politiques de l'enquête: Épreuves ethnographiques, herausgegeben von Didier Fassin und Alban Bensa, 123–41. Paris: La Découverte.

Berengueras, Josep M. 2015. „Eugin se multiplica". elperiodico, 6. August 2015. https://www.elperiodico.com/es/economia/20150805/eugin-se-multiplica-abre-clinicas-en-colombia-e-italia-4412516. [Abgerufen am 09.02.2021]

Bergmann, Sven. 2014. *Ausweichrouten der Reproduktion: Biomedizinische Mobilität und die Praxis der Eizellspende*. Wiesbaden: Springer VS.

Berlant, Lauren. 2011. *Cruel Optimism*. Durham: Duke University Press.

Biesecker, Leslie G. und Barbara B. Biesecker. 2019. „Genome Sequencing and Individual Responses to Results". In *Clinical Genome Sequencing: Psychological Considerations*, herausgegeben von Aad Tibben und Barbara B. Biesecker, 17–30. Waltham MA: Academic Press.

Birenbaum-Carmeli, Daphna und Marcia C. Inhorn. 2009. *Assisting Reproduction, Testing Genes: Global Encounters with the New Biotechnologies*. New York: Berghahn Books.

Blabia, Gemma Mestre, Marisol Ródenas und Mónica Bascuñana. 2017. „Revisión de la entrevista diagnóstica a los candidatos de donantes de gametos". Gehalten auf der 6. Reunión Nacional Grupos de Interés SEF, Pamplona. https://www.sefertilidad.net/docs/grupos/psico/presentaciones/1.pdf [Abgerufen am 10.02.2021].

Boltanski, Luc und Eve Chiapello. 2003. *Der neue Geist des Kapitalismus*. Übersetzt von Michael Tillmann. 1., Aufl. Konstanz: UVK.

Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff und Boris Nieswand. 2013. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft.

Brekke, Ole Andreas und Thorvald Sirnes. 2011. „Biosociality, biocitizenship and the new regime of hope and despair: interpreting "Portraits of Hope" and the "Mehmet Case"„. *New Genetics and Society* 30, no. 4: 347–74. https://doi.org/10.1080/14636778.2011.592012

Bröckling, Ulrich. 2008. „Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävene tion". *Behemoth. A Journal on Civilisation* 1, no. 1: 38–48.

Buchanan, Allen. 2000. *From Chance to Choice: Genetics and Justice*. 1st Print. Cambridge: Cambridge University Press.

Bühler, Nolwenn. 2014. „Ovules vieillissants, mères sans âge? Infertilité féminine et recours au don d'ovocytes en Suisse". *Enfances, Familles, Générations*, Nr. 21: 24–47. https://doi.org/10.7202/1025958ar

———. 2015. „Imagining the Future of Motherhood: the Medically Assisted Extension of Fertility and the Production of Genealogical Continuity". *Sociologus* 65, no. September: 79–100. https://doi.org/10.3790/soc.65.1.79

Butler, Judith. 2006. *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Reprint. London ; New York: Verso.

Castilla, José Antonio, Fernando Abellán-García, Pilar Alamá, Mónica Aura, Lluis Bassas, Elisabet Clúa, L. Alfonso de la Fuente, u. a. 2019. „Cribado genético en donación de gametos". Madrid: Grupo de trabajo de Donación de Gametos y Embriones de la SEF, en colaboración con ASESA, AEBM-ML, ASEBIR y AEGH.

Castoriadis, Cornelius. 1998. *The Imaginary Institution of Society*. Reprint. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Catford, S. R., R. I. McLachlan, M. K. O'Bryan und J. L. Halliday. 2017. „Long-Term Follow-up of Intra-Cytoplasmic Sperm Injection-Conceived Offspring Compared with in Vitro Fertilization-Conceived Offspring: A Systematic Review of Health Outcomes beyond the Neonatal Period". *Andrology* 5, no. 4: 610–21. https://doi.org/10.1111/andr.12369

Cattapan, Alana. 2016. „Precarious Labour: On Egg Donation as Work". *Studies in Political Economy. A Socialist Review* 97, no. 3: 234–52. https://doi.org/10.1080/07078552.2016.1249125

Christ, Katja. 2021. Parlamentarische Initiative 21.421: Eizellenspende endlich auch in der Schweiz legalisieren! https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20210421 [Abgerufen am 22.10.2021].

Cohen, Lawrence. 2007. „Operability, Bioavailability, And Exception". In *Global Assemblages. Technology, Politics, And Ethics as Anthropological Problems*, herausgegeben von Aihwa Ong und Stephen J. Collier, 4. Aufl. Malden, MA and Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Colen, Shellee. 1995. „‹Like a Mother to Them›: Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York". In *Conceiving the New World Order. The Global Politics of Reproduction*, herausgegeben von Faye D. Ginsburg und Rayna Rapp, 78–102. Berkeley CA, Los Angeles, London: University of California Press.

Cooper, Melinda und Catherine Waldby. 2014. *Clinical Labor. Tissue Donors and Research Subjects in the Global Bioeconomy*. Durham NC: Duke University Press.

Cooper, Melinda, Catherine Waldby, Reuschling, Felicita und Schultz, Susanne. 2015. *Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit. Biotechnologie, Reproduktion und Familie im 21. Jahrhundert*. Herausgegeben von Kitchen Politics. 1. Auflage. Kitchen Politics - Queerfeministische Interventionen. Münster: Edition assemblage.

Corea, Gena. 1988. *MutterMaschine. Reproduktionstechnologien - von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter*. Übersetzt von Pieke Biermann. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Coroleu Lletget, Buenaventura. 2011. „Orígenes, Antecedentes e Hitos más Importantes de la Especialidad en España". In *Libro blanco sociosanitario „La infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas"*., herausgegeben von R. Matorras Weinig, Buenaventura Coroleu Lletget, Alberto Romeu Sarrió, und

Federico Pérez Milán, 71–85. Madrid: Imago Concept & Image Development, S.L.

Couldry, Nick und Ulises A. Mejias. 2019. „Data Colonialism: Rethinking Big Data's Relation to the Contemporary Subject". *Television & New Media* 20, no. 4: 336–49. https://doi.org/10.1177/1527476418796632

Data Bridge. 2019. „Global Fertility Services Market Is Expected to Register a Healthy CAGR in the Forecast Period of 2019 to 2026". Data Bridge. 2019. https://www.databridgemarketresearch.com/news/global-fertility-services-market. [Abgerufen am 10.02.2021].

DBK Informa. 2017. „Los centros privados ganan cuota en el mercado de reproducción asistida". Notas de prensa. DBK Informa, Observatorio Sectorial. Juli 2017. https://www.dbk.es/es/detalle-nota/centros-de-reproduccion-asistida-1770. [Abgerufen am 10.02.2021].

De Geyter, C, C Calhaz-Jorge, M S Kupka, C Wyns, E Mocanu, T Motrenko, G Scaravelli, J Smeenk, S Vidakovic und V Goossens. 2020. „ART in Europe, 2015: results generated from European registries by ESHRE†". Herausgegeben von The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Human Reproduction Open 2020, no. 1. https://doi.org/10.1093/hropen/hoz038

De Geyter, Christian. 2021. Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes und daraus resultierende Entwicklungen in der Schweiz. Gynäkologische Endokrinologie 19: 156–159. https://doi.org/10.1007/s10304-020 -00369-0.

Degli Esposti, Sara und Vincenzo Pavone. 2019. „Oocyte Provision as a (Quasi) Social Market: Insights from Spain". *Social Science & Medicine* 234: 112381.https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112381

Denbow, Jennifer M. 2015. *Governed through Choice. Autonomy, Technology, and the Politics of Reproduction*. *Governed through Choice*. New York NY: New York University Press.

Deomampo, Daisy. 2016. „Race, Nation, and the Production of Intimacy: Transnational Ova Donation in India". *Positions: Asia Critique* 24, no. 1: 303–32. https://doi.org/10.1215/10679847-3320161

———. 2019. „Racialized Commodities: Race and Value in Human Egg Donation". *Medical Anthropology* 38, no. 7: 620–33. https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1570188

Diekämper, Julia. 2014. *Reproduziertes Leben: Biomacht in Zeiten der Präimplantationsdiagnostik*. 1. Auflage. Bielefeld: transcript Verlag.

Dondorp, W., G. De Wert, G. Pennings, F. Shenfield, P. Devroey, B. Tarlatzis, P. Barri, u. a. 2014. „ESHRE Task Force on Ethics and Law 21: Genetic Screening of Gamete Donors: Ethical Issues". *Human Reproduction* 29, no. 7: 1353–59. https://doi.org/10.1093/humrep/deu111

Downie, Jocelyn und Françoise Baylis. 2013. „Transnational Trade in Human Eggs: Law, Policy, and (In)Action in Canada". *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41, no. 1: 224–39. https://doi.org/10.1111/jlme.12015

Duden, Barbara. 2016. *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Edelman, Lee. 2004. *No Future: Queer Theory and the Death Drive*. Durham: Duke University Press.

Ekberg, Merryn. 2007. „The Parameters of the Risk Society: A Review and Exploration". *Current Sociology* 55, no. 3: 343–66. https://doi.org/10.1177/0011392107076080

Ellis, Carolyn und Arthur P. Bochner. 2000. „Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject". In *Handbook of Qualitative Research*, herausgegeben von Norman K. Denzin und Yvonna S. Lincoln, 2., 733–68. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.

Ellul, Jacques. 1954. *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris: Economica.

———. 2012. *Le système technicien*. Paris: Cherche Midi.

ESHRE. 2017. „Cross Border Reproductive Care. ESHRE Fact Sheets 1". https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources. [Abgerufen am 10.02.2021].

European Society of Human Genetics. 2003. „Population Genetic Screening Programmes: Technical, Social and Ethical Issues." European Journal of Human Genetics 11: 5–7. https://doi.org/10.1038/sj.ejhg.5201112

Eurostat. 2020. „Monthly Minimum Wages - Bi-Annual Data". https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=earn_mw_cur&lang=en. [Abgerufen am 10.02.2021].

Faircloth, Charlotte und Zeynep B Gürtin. 2018. „Fertile Connections: Thinking across Assisted Reproductive Technologies and Parenting Culture Studies". *Sociology* 52, no. 5: 983–1000. https://doi.org/10.1177/0038038517696219

Firestone, Shulamith. 2015. *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution*. London New York: Verso.

Fouce, Héctor. 2009. „De la agitación a la Movida: Políticas culturales y música popular en la Transición española". *Arizona Journal of Hispanic Cultural Studies* 13: 143–53.

Fox Keller, Evelyn. 2002. *The Century of the Gene*. 3. Aufl. Cambridge, Massachusetts London: Harvard University Press.

Franklin, Sarah. 1997. *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*. London New York: Routledge.

———. 2013. *Biological Relatives: IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*. Durham and London: Duke University Press.

Gálvez, José Jesús López und Juan Manuel Moreno García. 2015. „¿»Industria de la fertilidad» o respuesta a la búsqueda del hijo biológico?" In *Treinta años de reproducción asistida en España Recurso electrónico una mirada interdisciplinaria a un fenómeno global y actual, 2015, págs. 239-266*, 239–66.

Ganser, Christine. 2010. *Benedict Andersons Imagined Communities am Beispiel von Mexiko*. 1. Auflage. GRIN Verlag.

Gaonkar, Dilip. 2002. „Toward New Imaginaries: An Introduction". *Public Culture* 14, no. 1: 1–19. https://doi.org/10.1215/08992363-14-1-1

Geertz, Clifford. 1987. *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. 13. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Gehrig, Emmanuel. 2012. „Jacques Ellul, protestant et libertaire, en lutte contre le pouvoir absolu de la technique". Le Temps, 27. Juni 2012. https://www.letemps.ch/culture/jacques-ellul-protestant-libertaire-lutte-contre-pouvoir-absolu-technique. [Abgerufen am 10.02.2021].

Ghosh, Nandini. 2012. „Doing Feminist Ethnography: Exploring the Lives of Disabled Women". Indian Anthropologist 42, no. 1: 11–26.

Giddens, Anthony. 1991. Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Blackwell Publishers.

Ginsburg, Faye und Rayna Rapp. 2017. „Cripping the Future: Making Disability Count". In Anthropologies and Futures: Researching Emerging and Uncertain Worlds, herausgegeben von Juan Francisco Salazar, Sarah Pink, Andrew Irving und Johannes Sjöberg, 1. Aufl., 43–60. London: Bloomsbury Academic.

González, Joaquín Jiménez. 2014. „¿Es necesario un acuerdo internacional en torno al diagnóstico genético preimplantacional (DGP)?" Bioderecho, Nr. 1 (Oktober): 14.

Graumann, Sigrid und Ingrid Schneider. 2003. Verkörperte Technik - Entkörperte Frau: Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Gupta, Jyotsna Agnihotri und Annemiek Richters. 2008. „Embodied Subjects and Fragmented Objects: Women's Bodies, Assisted Reproduction Technologies and the Right to Self-Determination". Journal of Bioethical Inquiry 5: 239–49. https://doi.org/10.1007/s11673-008-9112-7

Gutiérrez Rodríguez, Encarnación. 2006. „Positionalität übersetzen. Über postkoloniale Verschränkungen und transversales Verstehen." igkultur. Mai 2006. https://igkultur.at/artikel/positionalitaet-uebersetzen-ueber-postkolos niale-verschraenkungen-und-transversales. [Abgerufen am 10.02.2021].

Hagl, Sonja. 2019. Eizellenspende – Ablauf, Kosten und Rechtliches. https://www.hallo-eltern.de/schwangerschaft/eizellenspende/ [Abgerufen am 22.10.2021].

Haraway, Donna. 1988. „Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective". Feminist Studies 14, no. 3: 575–99.

Harding, Sandra, Hrsg. 1987. Feminism and Methodology: Social Science Issues. Bloomington Milton Keynes Buckinghamshire: Indiana University Press Open.

Hecking, Mirjam. 2019. „Das boomende Geschäft mit der Fortpflanzung". manager magazin. 2. Oktober 2019. https://www.manager-magazin.de/

unternehmen/industrie/ivf-social-freezing-das-geschaeft-mit-dem-kinderwunsch-a-1289563.html. [Abgerufen am 10.02.2021].

Held, Virginia. 2007. *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. New York; Oxford: Oxford University Press.

Henneman, Lidewij, Pascal Borry, Davit Chokoshvili, Martina C. Cornel, Carla G. van El, Francesca Forzano, Alison Hall, u. a. 2016. „Responsible Implementation of Expanded Carrier Screening". *European Journal of Human Genetics* 24, no. Juni: e1–12. https://doi.org/10.1038/ejhg.2015.271

Herbrik, Regine und Tobias Schlechtriemen. 2019. „Editorial for the Special Issue "Scopes of the Social Imaginary in Sociology" in the ÖZS". *Österreichische Zeitschrift Für Soziologie* 44, no. November: 1–15. https://doi.org/10.1007/s11614-019-00370-3

Hertz, Rosanna, Hrsg. 1997. *Reflexivity and Voice*. 1. Aufl. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.

Hirseland, Andreas, Werner Schneider und Karl-Siegbert Rehberg. 2008. „Biopolitik und Technologien des Selbst: zur Subjektivierung von Macht und Herrschaft". In *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006.*, 5640–48. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Hitchings, Russell und Alan Latham. 2020. „Qualitative Methods III: On Different Ways of Describing Our Work." *Progress in Human Geography*. https://doi.org/10.1177/0309132520901753

Hoskinson, Derick C., Adrian M. Dubuc und Heather Mason-Suares. 2017. „The Current State of Clinical Interpretation of Sequence Variants". *Current Opinion in Genetics & Development* 42, no. Februar: 33–39. https://doi.org/10.1016/j.gde.2017.01.001

Hudson, Nicky. 2020. „Egg Donation Imaginaries: Embodiment, Ethics and Future Family Formation". *Sociology* 54, no. 2: 346–62. https://doi.org/10.1177/0038038519868625

Hugl, Ulrike. 1995. *Qualitative Inhaltsanalyse und Mind-Mapping: Ein neuer Ansatz für Datenauswertung und Organisationsdiagnose*. neue betriebswirtschaftliche forschung (nbf). Wiesbaden: Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-663-11216-7

Ikemoto, Lisa C. 2009. „Reproductive Tourism: Equality Concerns in the Global Market for Fertility Services". SSRN Scholarly Paper ID 1462477. Rochester, NY: Social Science Research Network.

———. 2015. „Egg freezing, stratified reproduction and the logic of not". *Journal of Law and the Biosciences* 2, no. 1: 112–17. https://doi.org/10.1093/jlb/lsu037

Illich, Ivan. 1995. *Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. Übersetzt von Thomas Lindquist und Johannes Schwab. 4. Aufl. München: C.H.Beck.

———. 1998. *Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik*. Übersetzt von Ylva Eriksson-Kuchenbuch. München: CH Beck.

Inhorn, Marcia C. und Zeynep B. Gürtin. 2011. „Cross-Border Reproductive Care: A Future Research Agenda". *Reproductive Biomedicine Online* 23, no. 5: 665–76. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.08.002

Inhorn, Marcia C. und Pasquale Patrizio. 2009. „Rethinking Reproductive ‹Tourism› as Reproductive ‹Exile›". Fertility and Sterility 92, no. 3: 904–6. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.01.055.

Inhorn, Marcia C. 2020. „Where Has the Quest for Conception Taken Us? Lessons from Anthropology and Sociology". Reproductive Biomedicine & Society Online 10: 46–57. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2020.04.001.

Institut Marquès. 2015. INSTITUT MARQUÈS - Concierto para embriones - Antonio Orozco: „Pedacitos de ti". https://www.youtube.com/watch?v=tQF5nop3iLSg. [Abgerufen am 10.02.2021].

Instituto Bernabeu. 2018. „Instituto Bernabeu Magazine". Instituto Bernabeu (Eigenpublikation der Klinik).

Jasanoff, Sheila und Kim Sang-Hyun, Hrsg. 2015. *Dreamscapes of Modernity. Sociotechnical Imaginaries And The Fabrication Of Power*. Chicago: University of Chicago Press.

Kafer, Alison. 2013. *Feminist, Queer, Crip*. Bloomington, Indiana: Indiana University Press.

Kafer, Alison. 2003. 'Compulsory Bodies: Reflections on Heterosexuality and Able Bodiedness'. *Journal of Women's History* 15, no. 3: 77–89. https://doi.org/10.1353/jowh.2003.0071.

Kahn, Susan Martha. 2000. *Reproducing Jews: A Cultural Account of Assisted Conception in Israel*. Durham: Duke University Press.

Kalfoglou, A. L. und J. Gittelsohn. 2000. „A Qualitative Follow-up Study of Women's Experiences with Oocyte Donation". *Human Reproduction* 15, no. 4: 798–805. https://doi.org/10.1093/humrep/15.4.798

Kaufman, Sharon R. 2013. „Fairness and the Tyranny of Potential in Kidney Transplantation". *Current Anthropology* 54, no. Supplement 7: 56–66. https://doi.org/10.1086/670193

Kitchen Politics, ed. 2021. *Mehr als Selbstbestimmung - Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Münster: Edition assemblage.

Kittay, Eva Feder. 2019. *Learning from My Daughter: The Value and Care of Disabled Minds*. *Learning from My Daughter*. New York: Oxford University Press.

Klein, Renate. 2008. „From Test-Tube Women to Bodies without Women". *Women's Studies International Forum* 31, no. 3: 157–75. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2008.04.006

Klitzman, Robert. 2019. *Designing Babies: How Technology Is Changing the Ways We Create Children*. New York: Oxford University Press.

Klotz, Maren. 2013. „Genetic Knowledge and Family Identity: Managing Gamete Donation in Britain and Germany". *Sociology* 47, no. 5: 939–56. https://doi.org/10.1177/0038038513501729

Knaut, Annette. 2014. „Politische Imaginative. Vom Narrativ der Öffentlichkeit zu transnationalen Diskursräumen". In *Politische Narrative*, herausgegeben von F. Gadinger, S. Jarzebski, und T. Yildiz, 93–117. Wiesbaden: Springer Verlag.

Knecht, Michi, Maren Klotz und Stefan Beck, Hrsg. 2012. *Reproductive Technologies as Global Form. Ethnographies of Knowledge, Practices, and Transnational Encounters*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.

Kneuper, Elsbeth. 2004. *Mutterwerden in Deutschland: Eine ethnologische Studie*. Münster: LIT.

Knorr Cetina, Karin und Werner Reichmann. 2015. „Epistemic Cultures". In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, herausgegeben von James D. Wright, 2., 873–80. Amsterdam [u.a.]: Elsevier.

Konrad, Monica. 2005. *Nameless Relations. Anonymity, Melanesia and Reproductive Gift Exchange between British Ova Donors and Recipients*. Fertility, Reproduction and Sexuality 7. New York: Berghahn Books.

Krawiec, Kimberly D. 2009. „Sunny Samaritans and Egomaniacs: Price-Fixing in the Gamete Market". *Law and Contemporary Problems* 72, no. 3: 59–90.

Kroløkke, Charlotte. 2014. „West Is Best: Affective Assemblages and Spanish Oöcytes". *European Journal of Women's Studies* 21, no. 1: 57–71. https://doi.org/10.1177/1350506813510422

Kühnlein, Michael. 2018. *Charles Taylor: Ein säkulares Zeitalter*. Berlin Boston: de Gruyter.

Lafuente-Funes, Sara. 2020. „Shall We Stop Talking about Egg Donation? Transference of Reproductive Capacity in the Spanish Bioeconomy". *BioSocieties* 15: 207–25. https://doi.org/10.1057/s41292-019-00149-5

Lafuente-Funes, Sara Lafuente. 2017. „Bioeconomías reproductivas: los óvulos en la biología pos fecundación in vitro". Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Lafuente-Funes, Sara und Amaia Pérez Orozco. 2020. „On (global) care chains in times of crisis: egg donation and domestic work in Spain". *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society* 3, no. 1: 354–76. https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1796326

Lather, Patricia A. und Chris Smithies. 1997. *Troubling The Angels: Women Living With HIV/AIDS*. New. Boulder, Colorado: Perseus.

Law, John. 2004. *After Method: Mess in Social Science Research*. 1 edition. London ; New York: Routledge.

Law, John und Annemarie Mol. 2011. „Veterinary Realities: What Is Foot and Mouth Disease?" *Sociologia Ruralis* 51, no. 1: 1–16. https://doi.org/10.1111/j.1467-9523.2010.00520.x

Leibetseder, Doris. 2018. 'Queer and Trans Access to Assisted Reproductive Technologies: A Comparison of Three EU-States, Poland, Spain and Sweden' 20, no. 1: 18.

Lemke, Thomas und Katharina Liebsch, Hrsg. 2015. *Die Regierung der Gene: Diskriminierung und Verantwortung im Kontext genetischen Wissens*. Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialpsychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lemke, Thomas und Jonas Rüppel. 2017. *Reproduktion und Selektion: Gesellschaftliche Implikationen der Präimplantationsdiagnostik*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Ley 14/2006. 2006. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2006-9292. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292&p =20150710&tn=2. [Abgerufen am 10.02.2021].

Ley 14/2007. 2007. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2007-12945. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945. [Abgerufen am 10.02.2021].

Ley 35/1988. 1988. BOE.es - Documento BOE-A-1988-27108. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1988-27108. [Abgerufen am 10.02.2021].

Ley 45/2003. 2003. BOE.es - Documento BOE-A-2003-21341. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21341. [Abgerufen am 10.02.2021].

Lippman, A. 1992. „Led (Astray) by Genetic Maps: The Cartography of the Human Genome and Health Care". *Social Science & Medicine* 35, no. 12: 1469–76. https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90049-V

Lippman, Abby. 1991. „Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities The Human Genome Initiative and the Impact of Genetic Testing and Screening Technologies". *American Journal of Law & Medicine* 17, no. Issues 1 & 2: 15–50.

———. 1994. „The Genetic Construction of Prenatal Testing: Choice, Consent or Conformity for Women?" In *Women and Prenatal Testing: Facing the Challenges of Genetic Technology*, herausgegeben von Karen H. Rothenberg und Elizabeth Jean Thomson, 9–34. Columbus: Ohio State University Press.

Lock, Margaret und Vinh-Kim Nguyen. 2018. *An Anthropology of Biomedicine*. 2. Hoboken NJ USA: Wiley Blackwell.

López-Teijón, Marisa, C Castello, M Asensio, P. Fernández, A. Farreras, JM. Capdevila und E. Velilla. 2015. „Improvement of Fertilization Rates of In Vitro Cultured Human Embryos by Exposure to Sound Vibrations". *Journal of Fertilization: In Vitro - IVF-Worldwide, Reproductive Medicine, Genetics & Stem Cell Biology* 03, no. 4. https://doi.org/10.4172/2375-4508.1000160

Lu, Yue-hong, Ning Wang und Fan Jin. 2013. „Long-term follow-up of children conceived through assisted reproductive technology". *Journal of Zhejiang University. Science. B* 14, no. 5: 359–71. https://doi.org/10.1631/jzus.B1200348

Lucía, Cristina und Rocío Núñez. 2015. „Revisión del perfil sociodemográfico de una muestra local de donantes de gametos, en España: motivación para la donación, procedencia de los donantes, ocupación". *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica* 2, no. 1: 23–30. https://doi.org/10.1016/j.medre.2015.01.001

Lundin, Susanne. 2012. „‹I Want a Baby; Don't Stop Me from Being a Mother›: An Ethnographic Study on Fertility Tourism and Egg Trade". *Cultural Politics* 8, no. 2: 327–44. https://doi.org/10.1215/17432197-1575192

Lury, Celia und Nina Wakeford, Hrsg. 2012. *Inventive Methods: The Happening of the Social*. London ; New York: Routledge.

Maassen, Barbara und Manfred Stauber. 2016. *Der andere Weg zum eigenen Kind: Zeugung im Reagenzglas*. Berlin Boston: De Gruyter.

Mamo, Laura. 2005. „Biomedicalizing kinship: Sperm banks and the creation of affinity-ties". *Science as Culture* 14, no. 3: 237–64. https://doi.org/10.1080/09505430500216833

Mansfield, Becky, und Julie Guthman. 2015. „Epigenetic Life: Biological Plasticity, Abnormality, and New Configurations of Race and Reproduction". *Cultural Geographies* 22, no. 1: 3–20. https://doi.org/10.1177/1474474014555659

Marcos, J. und Angeles M. Fernández. 2019. „La reproducción asistida naturaliza que la vida no tiene límites". Pikara. Online magazine. 11. Dezember 2019. https://www.pikaramagazine.com/2019/12/la-reproduccion-asistida-naturaliza-que-la-vida-no-tiene-limites/. [Abgerufen am 10.02.2021].

Marcus, George E., Hrsg. 1994. *Technoscientific Imaginaries. Conversations, Profiles, And Memoirs*. Chicago London: The University of Chicago Press.

———. 1995. „Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography". *Annual Review of Anthropology* 24, no. 1: 95–117. https://doi.org/10.1146/annurev.an.24.100195.000523.

Marre, Diana, Beatriz San Román und Diana Guerra. 2018. „On Reproductive Work in Spain: Transnational Adoption, Egg Donation, Surrogacy". *Medical Anthropology* 37, no. 2: 158–73. https://doi.org/10.1080/01459740.2017.1361947

Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction: A Cultural Analysis of Reproduction with a New Introduction*. None. Boston: Beacon Press.

———. 1991. „The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles". *Signs* 16, no. 3: 485–501.

———. 1994. *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.

Martin, Lauren Jade. 2014. „The World's Not Ready for This: Globalizing Selective Technologies". *Science, Technology, & Human Values* 39, no. 3: 432–55.

Matorras, Roberto. 2005. „Reproductive Exile versus Reproductive Tourism". *Human Reproduction* 20, no. 12: 3571; author reply 3571-3572. https://doi.org/10.1093/humrep/dei223

Mauss, Marcel. 1990. *Die Gabe: Form und Funktion des Austauschs in archaischen Gesellschaften*. Herausgegeben von E. E. Evans-Pritchard und Ritter Henning. 10. Frankfurt am Main, Germany: Suhrkamp Verlag.

Mayring, Philipp. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11. Aufl. Weinheim: Beltz.

McRuer, Robert. "Compulsory Able-Bodiedness and Queer/Disabled Existence" in *Disability Studies: Enabling the Humanities*. Edited by Sharon Snyder, Brenda Jo Breuggermann, and Rosemarie Garland Thomson. The Modern Languages Association of America: New York, 2002.

Meister, Théo A., Stefano F. Rimoldi, Rodrigo Soria, Robert von Arx, Franz H. Messerli, Claudio Sartori, Urs Scherrer und Emrush Rexhaj. 2018. „Association of Assisted Reproductive Technologies With Arterial Hypertension During Adolescence". *Journal of the American College of Cardiology* 72, no. 11: 1267–74. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.06.060

Merckens, Stephanie. 2015. AT / Reproduktionsmedizin: Was bringt das neue Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)? Imago Hominis 22: no. 1. https://www.ief.at/was-bringt-das-neue-fortpflanzungsmedizingesetz-fmedg/ [Abgerufen am 26.10.2021].

Mies, Maria und Vandana Shiva. 2016. Ökofeminismus. Die Befreiung der Frauen, der Natur und unterdrückter Völker. Eine neue Welt wird geboren. Übersetzt von Andrea Hunziker. 2. grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Mills, Catherine. 2016. „Resisting Biopolitics, Resisting Freedom. Prenatal Testing and Choice". In Resisting Biopolitics. Philosophical, Political, and Performative Strategies, herausgegeben von S.E. Wilmer und Audronė Žukauskaitė, 109–22. Routledge Studies in Contemporary Philosophy. New York London: Routledge.

Milot, Lisa. 2009. „What Are We - Laborers, Factories, or Spare Parts? The Tax Treatment of Human Body Materials". UGA Legal Studies Research Paper No. 09-015. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1480355

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gabinete de Prensa. 2019. „Se mantienen los tratamientos de Fecundación In Vitro y disminuyen los de Inseminación Artificial en 2017." 2019. https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4691. [Abgerufen am 10.02.2021].

Mol, Annemarie. 1999. „Ontological Politics. A Word and Some Questions". The Sociological Review 47, no. 1_supp: 74–89. https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03483.x

———. 2002. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Durham ; London: Duke University Press.

Molas, Anna und Andrea Whittaker. 2021. „Beyond the Making of Altruism: Branding and Identity in Egg Donation Websites in Spain". BioSocieties. https://doi.org/10.1057/s41292-020-00218-0.

Molas, Anna und Joan Bestard. 2017. „En Espagne, le don d'ovules entre intérêt, solidarité et précarité". *Ethnologie française*, 3, , 491–98. https://doi.org/10.3917/ethn.173.0491

Molas, Anna und Laura Perler 2020. „Selecting Women, Taming Bodies? Body Ontologies in Egg Donation Practices in Spain". *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society* 3, no. 1: 396–414. https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1781371

Moll, Tessa. 2019. „Making a Match: Curating Race in South African Gamete Donation". *Medical Anthropology* 38, no. 7: 588–602.

Mouzon, J. de, V. Goossens, S. Bhattacharya, J. A. Castilla, A. P. Ferraretti, V. Korsak, M. Kupka, K. G. Nygren, A. Nyboe Andersen und European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). 2010. „Assisted Reproductive Technology in Europe, 2006: Results Generated from European Registers by ESHRE". *Human Reproduction* 25, no. 8: 1851–62. https://doi.org/10.1093/humrep/deq124

Muñoz, Araceli. 2020. „El grupo de fertilidad IVI-RMA vende su negocio en Oriente Medio por 90 millones". El Economista.es. 15. Januar 2020. https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/10298856/01/20/El-grupo-de-fertilidad-IVIRMA-vende-su-negocio-en-Oriente-Medio-por-90-millones.html. [Abgerufen am 10.02.2021].

Muñoz, José Esteban. 2009. Cruising Utopia: The Then and There of Queer Futurity. New York: New York University Press.

Muñoz, M., F. Abellán-García, I. Cuevas, A. de la fuente, D Iborra, D. Mataró, R. Nuñez, und M. Roca. 2019. „Documento sobre posicionamiento de la Sociedad Española de Fertilidad respecto de la regla del anonimato en las donaciones de gametos". Madrid: Fase 20 Ediciones. S.L. https://www.sefertilsidad.net/docs/posicionamientoAnonimato.pdf. [Abgerufen am 10.02.2021].

Nahman, Michal. 2006. „Materialising Israeliness: Difference and Mixture in Transnational Ova Donation". Science as Culture 15, no. 3: 199–213.

———. 2007. „Synecdochic Ricochets: Biosocialities in a Jerusalem IVF Clinic". In Biosocialities, Genetics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities, herausgegeben von Sahra Gibbon und Carlos Novas, 117–35. London: Routledge.

———. 2008. „Nodes of Desire. Romanian Egg Sellers, `Dignity' and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges". European Journal of Women's Studies 15, no. 2: 65–82. https://doi.org/10.1177/1350506807088068

———. 2011. „Reverse Traffic: Intersecting Inequalities in Human Egg Donation". Reproductive BioMedicine Online, Symposium: Cross-border reproductive care article, 23, no. 5: 626–33. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.08.003

———. 2013. Extractions: An Ethnography of Reproductive Tourism. Basingstoke Hampshire: Palgrave Macmillan.

———. 2018. „Migrant extractability: Centring the voices of egg providers in cross-border reproduction“. Reproductive Biomedicine & Society Online, Symposium: Making Families - Transnational Surrogacy, Queer Kinship, and Reproductive Justice, 7: 82–90. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.10.020

Namberger, Verena. 2017. „Der (re)produktive Körper in der südafrikanischen Ökonomie der Eizellspenden. Ein feministischer Dialog über Materialität/en“. Open Gender Journal. https://doi.org/10.17169/ogj.2017.1

———. 2019. The Reproductive Body at Work: The South African Bioeconomy of Egg Donation. London New York: Routledge.

Neimanis, Astrida. 2014. „Speculative Reproduction: Biotechnologies and Ecologies in Thick Time“. PhiloSOPHIA 4, no. 1: 108–28.

NextClinics. 2018. „Pressemeldung, Interview with NEXTCLINICS CEO“. 22. Oktober 2018. https://www.next-clinics.com/de/press_reports/153. [Abgerufen am 01.09.2020].

———. 2019. „NEXTCLINICS baut Position in Europa weiter aus. Führung im Bereich künstlicher Befruchtung angestrebt. (Pressemitteilung)“. NEXTCLINICS. 11. Juli 2019. https://www.next-clinics.com/de/reports/nextclinics-baut-position-in-europa-weiter-aus-fuehrung-im-bereich-kuenstlicher-befruchtung-angestrebt/. [Abgerufen am 01.09.2020].

NextClinics Webpage. o. J. „NextClinics“. Next Clinics. https://nc-preprod.portalgate.cz/de/. [Abgerufen am 10.02.2021].

Nielsen, Morten. 2011. „Futures within: Reversible Time and House-Building in Maputo, Mozambique“. *Anthropological Theory* 11, no. 4: 397–423. https://doi.org/10.1177/1463499611423871

Novas, Carlos. 2006. „The Political Economy of Hope: Patients' Organizations, Science and Biovalue“. *BioSocieties* 1, no. September: 289–305. https://doi.org/10.1017/S1745855206003024

Orobitg, Gemma und Carles Salazar. 2005. „The gift of motherhood: Egg donation in a Barcelona infertility clinic“. *Ethnos* 70, no. 1: 31–52. https://doi.org/10.1080/00141840500048532

Pande, Amrita und Tessa Moll. 2018. „Gendered bio-responsibilities and travelling egg providers from South Africa“. *Reproductive Biomedicine & Society Online* 6, no. September: 23–33. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.08.002

Paterson, Mark und Michael R. Glass. 2020. „Seeing, feeling, and showing 'bodies-in-place': exploring reflexivity and the multisensory body through videography“. *Social & Cultural Geography* 21, no. 1: 1–24. https://doi.org/10.1080/14649365.2018.1433866

Paus-Haase, Ingrid, Claudia Lampert und Daniel Süss. 2002. *Medienpädagogik in der Kommunikationswissenschaft: Positionen, Perspektiven, Potenziale*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Pavone, Vincenzo. 2010. „Genetic Testing, Geneticisation and Social Change: Insights from Genetic Experts in Spain“. In *Assessing Life: On the Organisation*

of Genetic Testing, herausgegeben von Bernhard Wieser und Wilhelm Berger, 101–32. München, Wien: Profil.

Pavone, Vincenzo und Flor Arias. 2012. „Beyond the Geneticization Thesis: The Political Economy of PGD/PGS in Spain". *Sience, Technology, & Human Values* 37, no. 3: 235–61. https://doi.org/10.1177/0162243911411195

Pavone, Vincenzo und Sara Lafuente-Funes. 2018. „Selecting What? Pre-Implantation Genetic Diagnosis and Screening Trajectories in Spain". In *Selective Reproduction in the 21st Century*, herausgegeben von Ayo Wahlberg und Tine M. Gammeltoft, 123–48. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58220-7_6

Payne, Jenny Gunnarsson. 2015. „Reproduction in transition: cross-border egg donation, biodesirability and new reproductive subjectivities on the European fertility market". *Gender, Place & Culture* 22, no. 1: 107–22. https://doi.org/10.1080/0966369X.2013.832656

Pennings, G., J. de Mouzon, F. Shenfield, A. P. Ferraretti, T. Mardesic, A. Ruiz und V. Goossens. 2014. „Socio-Demographic and Fertility-Related Characteristics and Motivations of Oocyte Donors in Eleven European Countries". *Human Reproduction* 29, no. 5: 1076–89. https://doi.org/10.1093/humrep/deu048

Pennings, G., G. de Wert, F. Shenfield, J. Cohen, B. Tarlatzis und P. Devroey. 2008. „ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-Border Reproductive Care". *Human Reproduction* 23, no. 10: 2182–84. https://doi.org/10.1093/humrep/den184

Pennings, Guido. 2020. „Expanded Carrier Screening Should Not Be Mandatory for Gamete Donors". *Human Reproduction* 35, no. 6: 1256–61. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa088

Pérez Milán, F. 2011. „La Reproducción Asistida en el Medio Sanitario Público". In *Libro blanco sociosanitario „La infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas"*, herausgegeben von R. Matorras Weinig, 147–62. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad.

Perler, Laura. 2015. „Im Schatten der Wunschfabrik. Mexikanische Eizellenspenderinnen im Kontext stratifizierter Reproduktion." Master thesis, Berne: University of Berne, Institut für Sozialanthropologie.

Perler, Laura und Carolin Schurr. 2020. „Intimate Lives in the Global Bioecoɛ nomy: Reproductive Biographies of Mexican Egg Donors". Body & Society. https://doi.org/10.1177%2F1357034X20936326

Perler, Laura, Carolin Schurr, Nora Komposch, Mirko Winkel und Pedro Alejandro Cervantez. forthcoming. „Reproductive geopolitics: Making the colonial present of Mexico's fertility networks visible". *EPC C* .

Petersen, Alan, Megan Munsie, Claire Tanner, Casimir MacGregor und Jane Brophy, Hrsg. 2017. *Stem Cell Tourism and the Political Economy of Hope*. Health, Technology & Society. London: Palgrave Macmillan UK.

Petersen, Mirko. 2018. *Geopolitische Imaginarien: Diskursive Konstruktionen der Sowjetunion im peronistischen Argentinien (1943-1955)*. Bielefeld: transcript Verlag.

Pfeffer, Naomi. 2011. „Eggs-Ploiting Women: A Critical Feminist Analysis of the Different Principles in Transplant and Fertility Tourism". *Reproductive BioMedicine Online*, Symposium: Cross-border reproductive care article, 23, no. 5: 634–41. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2011.08.005

Pink, Sarah, Hrsg. 2009. *Visual Interventions: Applied Visual Anthropology*. Paperback ed. New York: Berghahn Books Inc.

———. 2015. *Doing Sensory Ethnography. 2nd Edition.* London: SAGE.

Pizzorno, Joseph. 2018. „Environmental Toxins and Infertility". *Integrative Medicine: A Clinician's Journal* 17, no. 2: 8–11.

Pratt, Mary Louise. 2008. *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. 2. Aufl. London / New York: Routledge.

Rabinow, Paul und Nikolas Rose. 2006. „Biopower Today". *BioSocieties* 1, no. 2: 195–217. https://doi.org/10.1017/S1745855206040014

Radin, Margaret Jane. 1987. „Market-Inalienability". *Harvard Law Review* 100, no. 8: 1849–1937. https://doi.org/10.2307/1341192

Rapp, Rayna. 2000. *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. 1976. Corr. 5th Printing ed. New York: Routledge.

———. 2018. „Epigenetics at Work". *BioSocieties* 13, no. Dezember: 780–86. https://doi.org/10.1057/s41292-017-0093-9

Rehsmann, Julia. 2018. „Exciting Waiting: Exploring Liver Transplantation in Germany". Medicine Anthropology Theory. 25. April 2018. http://medanthrotheory.org/read/10566/exciting-waiting-transplantation. [Abgerufen am 1.06.2020].

Reprogenetics Spain. 2020. „Reprogenetics". Reprogenetics. 2020. https://www.reprogenetics.es/en/. [Abgerufen am 10.02.2021].

Rich, Adrienne. 1980. 'Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence'. Signs 5, no. 4: 631–60.

Rivas, Ana, Fernando Lores und Mª Isabel Jociles. 2019. „El anonimato y el altruismo en la donación de gametos: la producción de biocapital en la industria reproductiva". Política y Sociedad 56, no. 3: 623–44. https://doi.org/10.5209/poso.60564

Robben, Antonius C. G. M. 2012. „The Politics of Truth and Emotion among Victims and Perpetrators of Violence". In Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader, herausgegeben von Jeffrey A. Sluka und Antonius C. G. M. Robben, 2., 175–90. Oxford: Wiley-Blackwell.

Roberts, Celia und Sarah Franklin. 2004. „Experiencing new forms of genetic choice: Findings from an ethnographic study of preimplantation genetic diagnosis". Human Fertility 7, no. 4: 285–93. https://doi.org/10.1080/14647270400016449

Roberts, Dorothy E. 2009. „Race, Gender, and Genetic Technologies: A New Reproductive Dystopia?" Signs: Journal of Women in Culture and Society 34, no. 4: 783–804. https://doi.org/10.1086/597132

Roberts, Elizabeth F. 2012. God's Laboratory. Assisted reproduction in the Andes. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Rodríguez-Pina, Gloria. 2017. „España, líder europeo en reproducción asistida". El País, 4. Juli 2017. https://elpais.com/politica/2017/07/04/actualidad/1499176250_810041.html. [Abgerufen am 10.02.2021].

Romeo Casabona, Carlos María, Rainer Paslack und Jörgen W. Simon. 2013. „Reproductive Medicine and the Law: Egg Donation in Germany, Spain and Other European Countries". *Revista De Derecho Y Genoma Humano = Law and the Human Genome Review*, Nr. 38 (Juni): 15–42.

Rose, Nikolas. 2006. *The Politics of Life Itself – Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty–First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Rothman, Barbara Katz. 1993. *The Tentative Pregnancy: How Amniocentesis Changes the Experience of Motherhood*. 1. New York NY: W. W. Norton & Company.

———. 2001. *The Book of Life: A Personal and Ethical Guide to Race, Normality and the Human Gene Study*. Boston: Beacon Press.

Salazar, Juan Francisco, Sarah Pink, Andrew Irving und Johannes Sjöberg, Hrsg. 2017. *Anthropologies and Futures: Researching Emerging and Uncertain Worlds*. London: Bloomsbury Academic.

Saldaña-Tejeda, Abril und Peter Wade. 2019. „Eugenics, Epigenetics, and Obesity Predisposition among Mexican Mestizos". *Medical Anthropology* 38, no. 8: 664–79. https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1589466

Samerski, Silja. 2002. *Die verrechnete Hoffnung: Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

———. 2009. „Genetic Counseling and the Fiction of Choice: Taught Self-Determination as a New Technique of Social Engineering". *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 34, no. 4: 735–61. https://doi.org/10.1086/597142

———. 2015. *The Decision Trap: Genetic Education and Its Social Consequences*. Übersetzt von Nancy Joyce. 1 edition. Exeter England: Imprint Academic.

Sauer, Mark V. und Suzanne M. Kavic. 2006. „Oocyte and Embryo Donation 2006: Reviewing Two Decades of Innovation and Controversy". *Reproductive Biomedicine Online* 12, no. 2: 153–62. https://doi.org/10.1016/s1472-6483(10)60855-3

Savulescu, Julian. 2001. „Procreative Beneficence: Why We Should Select the Best Children". *Bioethics* 15, no. 5–6: 413–26. https://doi.org/10.1111/1467-8519.00251

Schatzki, Theodore R. 2012. „A Primer on Practices". In *Practice-Based Education. A Perspectives and Strategies.*, 13–26. Practice, Education, Work and Society 6. Leiden Boston: Sense Brill. https://doi.org/10.1007/978-94-6209-128-3_2

Scheper-Hughes, Nancy. 2001. „Bodies for Sale – Whole or in Parts". *Body & Society* 7, no. 2–3: 1–8. https://doi.org/10.1177/1357034X0100700201

Scherrer, Urs, Stefano F. Rimoldi, Emrush Rexhaj, Thomas Stuber, Hervé Duplain, Sophie Garcin, Stefano F. de Marchi, u. a. 2012. „Systemic and Pulmonary Vascular Dysfunction in Children Conceived by Assisted Reproductive Technologies". *Circulation* 125, no. 15: 1890–96. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.071183

Schneider, David Murray und David Murray Schneider. 1980. *American Kinship: A Cultural Account*. 2. Chicago London: University of Chicago Press.

Schneider, Jennifer. 2008. „Fatal Colon Cancer in a Young Egg Donor: A Physician Mother's Call for Follow-up and Research on the Long-Term Risks of Ovarian Stimulation". *Fertility and Sterility* 90, no. 5: 2016.e1-2016.e5. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.12.074

Schreier, Margrit. 2014. „Qualitative Content Analyse". In *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, herausgegeben von Uwe Flick, 1. Aufl., 170–83. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.

Schuff, Maximilian, Barbara Wirleitner, Astrid Stecher, Jasmin Okhowat, Delf Schwerda, Martin Zintz und Maximilian Murtinger. 2019. „P19: PGT-A: When It Is Better Not to Know". *Reproductive BioMedicine Online* 39, no. August: e38. https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.04.072

Schurr, Carolin. 2017. „From Biopolitics to Bioeconomies: The ART of (Re-) Producing White Futures in Mexico's Surrogacy Market". *Environment and Planning D: Society and Space* 35, no. 2: 241–62. https://doi.org/10.1177%2F0263775816638851

———. 2018. „The Baby Business Booms: Economic Geographies of Assisted Reproduction". *Geography Compass* 12, no. 8: e12395. https://doi.org/10.1111/gec3.12395

———. 2019. „Multiple mobilities in Mexico's fertility industry". *Mobilities* 14, no. 1: 103–19. https://doi.org/10.1080/17450101.2019.1522881

Schurr, Carolin, und Elisabeth Militz. 2018. „The Affective Economy of Transnational Surrogacy". *Environment and Planning A: Economy and Space* 50, no. 8: 1626–45. https://doi.org/10.1177/0308518X18769652

Serra, Maria Josep. 2018. „La expansión americana del Instituto Valenciano de Infertilidad". *El País*, 8. Januar 2018, Abschn. Economia. https://elpais.com/economia/2018/01/03/actualidad/1514996734_982631.html. [Abgerufen am 10.02.2021].

Shenfield, F., J. de Mouzon, G. Pennings, A. P. Ferraretti, A. Nyboe Andersen, G. de Wert, V. Goossens und ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care. 2010. „Cross Border Reproductive Care in Six European Countries". Human Reproduction 25, no. 6: 1361–68. https://doi.org/10.1093/humrep/deq057

Siegl, Veronika. 2016. „Feminismus Und Leihmutterschaft. Ein Plädoyer Für Das Aushalten Und Anerkennen von Widersprüchen." Aep-Informationen. Feministische Zeitschrift Für Politik Und Gesellschaft, Arbeitskreis Emanzipation und Partnerschaft, 3: 32–33.

Siegl, Veronika, Christine Bigler, Tina Büchler, Laura Perler und Carolin Schurr 2021: ‚Transnationale reproduktive Mobilität aus der Schweiz'. Gutachten für das Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Smietana, Marcin, Charis Thompson und France Winddance Twine. 2018. 'Making and Breaking Families – Reading Queer Reproductions, Stratified Reproduction and Reproductive Justice Together'. Reproductive Biomedicine & Society Online 7, no. November: 112–30. https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.11.001.

———. 2018. „The Ultimate Argument. Evoking the Affective Powers of 'Happiness' in Commercial Surrogacy". Anthropological Journal of European Cultures 27, no. 2: 1–21. https://doi.org/info:doi:10.3167/ajec.2018.270202

Sociedad Española de Fertilidad (SEF). 2017. „Informe estadístico de técnicas de Reproducción Asistida 2017". Registro Nacional de Actividad. Sociedad Española de Fertilidad, Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social. https://cnrha.sanidad.gob.es/registros/pdf/Informe_estadisticoSEF_2017.pdf . [Abgerufen am 10.02.2021].

Sontag, Susan. 2016. Krankheit als Metapher & Aids und seine Metaphern. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

Speichert, Verena. 2021. Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur Eizellspende. 1-29. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4378

Speier, Amy, Kristin Lozanski und Susan Frohlick. 2020. „Reproductive mobilities". *Mobilities* 15, no. 2: 107–19. https://doi.org/10.1080/17450101.2020.1726644

Spilker, Kristin und Merete Lie. 2007. „Gender and Bioethics Intertwined: Egg Donation within the Context of Equal Opportunities". *European Journal of Women's Studies* 14, no. 4: 327–40. https://doi.org/10.1177/1350506807081879

Stacey, Judith. 1988. „Can There Be a Feminist Ethnography?" *Women's Studies International Forum* 11, no. 1: 21–27. https://doi.org/10.1016/0277-5395(88)90004-0

Strathern, Marilyn. 1992. *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University Press.

Strauss, Barney G. und Anselm L. Glaser. 1967. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Co.

Street, Alice. 2012. „Affective Infrastructure: Hospital Landscapes of Hope and Failure". *Space and Culture* 15, no. 1: 44–56. https://doi.org/10.1177/1206331211426061

Sunder Rajan, Kaushik. 2006. *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*. Durham NC: Duke University Press.

Tam, Michelle W. 2021. 'Queering Reproductive Access: Reproductive Justice in Assisted Reproductive Technologies'. *Reproductive Health* 18, no. 1: 164. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01214-8.

Taussig, Karen-Sue, Klaus Hoeyer und Stefan Helmreich. 2013. „The Anthropology of Potentiality in Biomedicine. An Introduction to Supplement 7". *Current Anthropology* 54, no. S7: S3–14. https://doi.org/10.1086/671401

Taussig, Karen-Sue, R. Rapp und D. Heath. 2005. „Flexible Eugenics: Techne nologies of the Self in the Age of Genetics: Foucault, Governmentality, and Life Politics". In *Anthropologies of Modernity: Foucault, Governmentality, and Life Politics*, herausgegeben von J.X. Inda, 194–213. Malden, MA and Oxford: Blackwell.

Taylor, Charles. 2003. *Modern Social Imaginaries*. Durham: Duke University Press.

Website TFP (The Fertility Partnership), Inc. 2021. Eizellspende in Österreich. https://tfp-fertility.com/de-at/kinderwunschbehandlung/eizellspende [Abgerufen am 26.10.2021].

Théry, Irène. 2012. „Du don de gamètes au don d'engendrement". *Revue du MAUSS* n° 39, no. 62–155 :1.

Thomas, Gareth M., Barbara Katz Rothman, Heather Strange und Joanna E. Latimer. 2020. „Testing Times: The Social Life of Non-Invasive Prenatal Testing". *Science, Technology and Society*, Dezember. https://doi.org/10.1177/0971721820960262

Thompson, Charis. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. 1. Aufl. Cambridge, MA: Mit University Press Group Ltd.

Tober, Diane und Vincenzo Pavone. 2018. „Las bioeconomías de la provisión de óvulos en Estados Unidos y en España: una comparación de los mercados médicos y las implicaciones en la atención a las donantes". *Revista de Antropología Social* 27, no. Dezember. https://doi.org/10.5209/RASO.61852

Tremain, Shelley. 2006. „Reproductive Freedom, Self-Regulation, and the Government of Impairment in Utero". *Hypatia* 21, no. 1: 35–53. https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2006.tb00963.x

Vertommen, Sigrid. 2015. „Assisted Reproductive Technologies at the Frontier: Towards a Decolonial Approach". *Science as Culture* 24, no. 4: 532–37. https://doi.org/10.1080/09505431.2015.1102218

Vertommen, Sigrid und Camille Barbagallo. 2021. „The in/visible wombs of the market: the dialectics of waged and unwaged reproductive labour in the global surrogacy industry". *Review of International Political Economy*, Januar, 1–41. https://doi.org/10.1080/09692290.2020.1866642

Vertommen, Sigrid und Michal Nahman. 2019. „'Global Fertility Chains' A New Political Economy Approach to Understanding transnational Surrogacy and Egg Provision." In . Lille, France (3-5 juillet 2019). https://afep-iippe2019.sciencesconf.org/245290/document [Abgerufen am 10.02.2021].

Vertommen, Sigrid, Michal Nahman und Bronwyn Parry. 2019. „Colonial Lineages of Global Fertility Chains. Catalyst Special Issue". Reprosist. 2019. https://reprosist.org/2019/12/20/catalyst-special-issue/. [Abgerufen am 10.02.2021].

Vlasenko, Polina. 2015. „Desirable bodies/precarious laborers: Ukrainian egg donors in context of transnational fertility". In (In)Fertile Citizens. Anthropological and Legal Challenges of Assisted Reproduction Technologies, herausgegeben von Venetia Kantsa, Giulia Zanini, und Lina Papadopoulou, 197–216. (In)FERCIT.

Wahlberg, Ayo und Tine M. Gammeltoft. 2018. „Introduction: Kinds of Children". In Selective Reproduction in the 21st Century, herausgegeben von Ayo Wahlberg und Tine M. Gammeltoft, 1., 1–24. Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58220-7_1

Waldby, Catherine. 2019. The Oocyte Economy: The Changing Meaning of Human Eggs. 1. Aufl. Durham: Duke University Press Books.

Waldby, Catherine und Melinda Cooper. 2008. „The Biopolitics of Reproduction. Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour". Australian Feminist Studies 23, no. 55: 57–73. https://doi.org/10.1080/08164640701816223

Weir, Lorna. 2006. Pregnancy, Risk and Biopolitics: On the Threshold of the Living Subject. 1 edition. London: Routledge.

White, Catherine und Cathy Bailey. 2004. „Feminist Knowledge and Ethical Concerns: Towards a Geography of Situated Ethics". Espace, Populations, Societes 1: 131–41. https://doi.org/10.4000/eps.568

Whittaker, Andrea und Amy Speier. 2010. „‹Cycling Overseas› Commodification, and Stratification in Cross-Border Reproductive Travel". Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness 29, no. 4: 363–83. https://doi.org/10.1080/01459740.2010.501313

WHO. 2020. „Genes and human diseases". WHO. World Health Organization. 2020. http://www.who.int/genomics/public/geneticdiseases/en/. [Abgerufen am 10.02.2021].

Williams, Nina, Merle Patchett, Andrew Lapworth, Tom Roberts und Thomas Keating. 2019. „Practising post-humanism in geographical research". *Transactions of the Institute of British Geographers* 44, no. 4: 637–43. https://doi.org/10.1111/tran.12322

Williams, Raymond. 2015. „Structures of Feeling". In *Structures of Feeling. Affectivity and the Study of Culture*, herausgegeben von Devika Sharma und Frederik Tygstrup, 20–26. Concepts for the Study of Culture (CSC) 5. Berlin, Munich, Boston: De Gruyter.

Wind, Gitte. 2008. „Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings". *Anthropology & Medicine* 15, no. 2: 79–89. https://doi.org/10.1080/13648470802127098

Winker, Gabriele. 2015. *Care Revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.

Von Wolff, Michael und Thomas Haaf. 2020. „In Vitro Fertilization Technology and Child Health. Risks, mechanisms and possible consequences".

Deutsches Ärzteblatt 117, no. Januar: 23–30. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0023

Wright, Melissa W. 2006. *Disposable Women and Other Myths of Global Capitalism*. New edition. New York: Routledge.

Zegers-Hochschild, Fernando, G. David Adamson, Silke Dyer, Catherine Racowsky, Jacques de Mouzon, Rebecca Sokol, Laura Rienzi, u. a. 2017. „The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017". *Fertility and Sterility* 108, no. 3: 393–406. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005.