

ALEXANDER MERKL

„FRUCHTBARKEITSVERSICHERUNG“: *SOCIAL (EGG) FREEZING*?

**Zur medizinethischen Vertretbarkeit eines neuen
reproduktionstechnologischen Verfahrens
unter theologisch-ethischer Perspektive**

Alexander Merkl, geb. 1987, 2006 bis 2011 Lehramtsstudium der Katholischen Theologie, Lateinischen Philologie und Erziehungswissenschaften an der Universität Regensburg; 2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Philosophisch-Theologische Propädeutik bei Prof. Dr. Dr. Ulrich G. Leinsle, derzeit Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Moraltheologie an der Universität Regensburg bei Prof. Dr. Herbert Schlögel, Promotionsprojekt zur Relevanz von Tugenden für eine theologisch inspirierte Friedensethik, Schwerpunkte: Friedensethik, Tugendethik, Bioethik.

„Die biologische Uhr anhalten, gar zurückdrehen“, „den Kinderwunsch auf Eis legen“ – Wunschdenken oder Realität? Ausgehend von dieser Anfrage kommt in einem reproduktionsmedizinischen Kontext jenem Verfahren wachsende Popularität¹ zu, das, dem angloamerikanischen Sprachgebrauch entlehnt, als *social (egg) freezing* bezeichnet wird. Diese Methode will helfen, die weibliche Fruchtbarkeit – motiviert durch einen prospektiven Kinderwunsch – über die bisherigen Altersgrenzen hinaus zu konservieren: „Die Kryokonservierung erlaubt es Frauen, ihre jüngeren und gesünderen Eizellen einzufrieren, um sie in der Zukunft zu verwenden, für den Fall, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr in der Lage sein sollten, auf natürlichem Wege ein Kind zu empfangen.“² Im Grunde geht es um die Entgrenzung der weiblichen Fortpflanzung durch die Entkopplung von Fertilität und Alterungsprozess. Bis heute sind weit über tausend Kinder mithilfe von Kryokonservierungsverfah-

¹ Dafür spricht die Präsenz des Themas in einschlägigen journalistischen Organen im Jahr 2013. So veröffentlichten das SZ-Magazin (10/2013), das Hamburger Abendblatt (5. März 2013), die TZ (18. Juni 2013), der Spiegel (50/2013), der Focus (30/2013), aber auch die Zeit (19. Juli 2013) Beiträge. Der Deutsche Ethikrat machte die ‚Zeitverschobene Elternschaft‘ zum Thema für seine Jahrestagung im Mai 2014.

² A. PETROPANAGOS: Reproductive ‚Choice‘ and Egg Freezing (2010), S. 224: „Egg freezing allows a woman to freeze her own younger and healthier eggs for future use in the event that she is unable to conceive a child ‚naturally‘.“

ren unbefruchteter Eizellen geboren worden.³ Viele Mediziner sehen darin einen bedeutsamen Schritt in der reproduktionsmedizinischen Entwicklung. Eine zunehmende Etablierung in der klinischen Routine ist die Folge.⁴

An dieser Stelle sieht sich die Ethik als Ganzes wie im Speziellen – so als Theologische Ethik – dazu herausgefordert, sich unvoreingenommen, kritisch und urteilend mit diesen neuen reproduktionstechnischen Potentialen auseinanderzusetzen, denn „aufgrund der stetigen Verbesserung der technischen Möglichkeiten zur Kryokonservierung von Oozyten und Ovarialgewebe besteht ein zunehmender Bedarf, die moralische Vertretbarkeit dessen, was mit *social freezing* bezeichnet wird, zu thematisieren“⁵. Jene vier ethischen Kriterien – Selbstbestimmungsrecht, Gesundheitsschutz der Schwangeren sowie des erhofften Kindes, hohes Niveau der Gesundheitsversorgung –, die in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion aus dem Jahr 2006 festgelegt wurden, fungieren hierfür als Ausgangs- und Ansatzpunkte dieses Beitrages. Um zu einem Urteil für die medizinethische Vertretbarkeit des *social freezing* zu gelangen, sollen diese Kriterien sowohl auf ihre ethische Tragfähigkeit und allgemeine Umsetzbarkeit als auch unter einer theologisch-ethischen Perspektive befragt werden.

Mit der Theologischen Ethik kommt dabei gewiss ein zunächst besonders „kritischer Weggefährte“⁶ der reproduktionsmedizinischen Potentiale zu Wort. Dies auch, weil das kirchliche Lehramt hinsichtlich des Einfrierens von Eizellen im Zusammenhang mit einer In-vitro-Fertilisation in der Instruktion *Dignitas personae* (2008) über einige Fragen der Bioethik festhält, es sei klarzustellen, „dass die *Kryokonservierung von Eizellen im Zusammenhang mit dem Prozess der künstlichen Befruchtung als moralisch unannehmbar betrachtet werden muss*“ (DP 20). Eine Kryokonservierung von Eizellen ohne anschließende Befruchtung wird dabei nicht thematisiert und damit nicht kategorisch ausgeschlossen. Problematisch ist in erster Linie vielmehr deren Verbindung mit der künstlichen Befruchtung, wobei die In-vitro-Fertilisation

³ Vgl. F. NAWROTH: „Social freezing“ – Pro und Contra (2013), S. 648.

⁴ Vgl. R. DITTRICH u.a.: Kryokonservierung von Ovarialgewebe und Eizellen (2013), S. 617. Einen repräsentativen, wenn auch nicht allumfassenden Überblick über das Profil der derzeit durchgeführten Kryokonservierungen aus nicht-medizinischer Indikation für die Jahre 2012 und 2013 bietet das Register des Netzwerkes *FertiPROTEKT*, das unter www.fertiprotekt.de einzusehen ist.

⁵ A. PETROPANAGOS: *Egg Freezing*, S. 223: „As oocyte and ovarian tissue cryopreservation techniques continue to improve, there is a growing need to address the moral permissibility of what has been called ‚social‘ egg freezing.“ Vgl. auch J. SAVULESCU/I. GOOLD: *Freezing Eggs for Lifestyle Reasons* (2008), S. 34.

⁶ K. DEMMER: *Moraltheologie und Reproduktionsmedizin* (2011), S. 69.

ausdrücklich als in sich unerlaubte Handlung (vgl. DP 12) bewertet wird. Der anerkannte katholische Moralthologe KLAUS DEMMER nun formuliert es als Aufgabe für den „Moralthologen als Brückenbauer“⁷, dieses Urteil konstruktiv aufzuarbeiten. Dies bedeutet für den vorliegenden Beitrag, im Wissen um die lehramtliche Positionierung, weitere Perspektivierungen theologisch-ethischer Reflexion für den medizinethischen Diskurs aufzuzeigen. Ziel ist es, eine kritische Position zu untermauern, die sich jedoch nicht voreingenommen, sondern verantwortlich und reflektiert mit dieser neuen Möglichkeit der Reproduktionsmedizin auseinandersetzt und somit die fruchtbaren Potentiale theologisch-ethischen Denkens auch für einen nicht religiösen Diskurs weitergehend profiliert. Als Integrationswissenschaft erfordert die Ethik dafür in einem ersten Schritt die Darstellung relevanten medizinischen Fach- und Sachwissens.

1. ,Social freezing'

1.1 ,Social' – soziale Indikation

Social freezing meint zunächst die erste Prozessstufe innerhalb einer ganzheitlichen Substitutionspraxis, in deren Verlauf der „ursprünglich nicht in seine Einzelteile zerlegbare Fortpflanzungsprozess [...] nun modular unterteilbar“⁸ wird. Da der Ursprung der Methodik in der Krebsbehandlung liegt, handelte es sich zunächst und in der Mehrzahl der Fälle um ein medizinisch und nicht sozial indiziertes Einfrieren von Eizellen zur Fertilitätsprotektion.⁹ Obgleich gonadotoxische Therapien, wie Chemotherapie und Bestrahlungsverfahren, die Fruchtbarkeit vielfach beeinträchtigen, soll es den betroffenen Frauen ermöglicht werden, sich ihren Kinderwunsch auch nach ihrer Krankheit erfüllen zu können.

Diese als medizinisch attribuierte Indikation ist mittlerweile durch die soziale erweitert worden. Heute geht es auch und verstärkt um soziale Gründe fernab medizinischer Notwendigkeiten, die sich für eine Inanspruchnahme des Verfahrens als ausschlaggebend erweisen. Die Motivlage scheint zunächst relativ leicht und schablonenhaft skizziert: Immer mehr junge Frauen, insbesondere Akademikerinnen, fänden erst mit Ende 20 Eingang in ihren Beruf, bräuchten mehr Zeit für ihre Ausbildung; in vielen Fällen fehle der richtige

⁷ Ebd., S. 82.

⁸ U. BITTNER u.a.: *Der Krankheitsbegriff und seine Grenzen* (2011), S. 139.

⁹ Anstatt von *medical* und *social egg freezing* wird bisweilen auch von *disease-related* und *age-related egg freezing* gesprochen. Vgl. dazu A. PETROPANAGOS: *Egg Freezing*, S. 224.

Partner oder dessen eigener Kinderwunsch, das Geld oder ganz allgemein die Zeit. Obgleich gewiss keiner dieser Gründe grundsätzlich auszuschließen ist, lässt sich die zunächst wenig trennscharfe Motivlage mit Blick auf eine Publikation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom September 2012 mit dem Titel ‚Geburten und Geburtenverhalten in Deutschland‘ deutlicher konturieren. Zwar würden die deutschen Mütter immer älter (2010 im Durchschnitt 28,8 Jahre) und das Aufschieben von Geburten sei noch nicht zum Stillstand gekommen, jedoch zeige sich, dass materielle Sorgen und berufliche Pläne immer weniger Hindernisse für die Entscheidung zum Kind seien. Gleichzeitig schein auch die Kinderlosigkeit von Akademikerpaaren (30,9 Prozent bei den Jahrgängen 1964 bis 1968) gestoppt. Für die letzten zehn Jahre wird sogar ein leichter Anstieg beobachtet. Worin aber liegen dann die Hauptgründe, den Kinderwunsch ‚vertagen‘ zu wollen? „Meistgenannter Hinderungsgrund für die Erfüllung von Kinderwünschen ist nach wie vor die Vorstellung, zu jung für ein Kind zu sein sowie der Eindruck, noch nicht den richtigen Partner gefunden zu haben.“¹⁰ Um die hierfür als nötig erachtete Zeit zu gewinnen, wird mit dem *social freezing* eine Dienstleistung wahrgenommen, die verspricht, Eizellen prophylaktisch einzufrieren und nach Bedarf und Wunsch zu fertilisieren sowie zu transferieren. Wie aber läuft dieses ‚freezing‘ näherhin ab?

1.2 ‚Freezing‘ – Kryokonservierung mittels Vitrifikation

Am Beginn des Verfahrens steht eine hormonelle, ovarielle Stimulation der Patientinnen, um unter Vollnarkose und invasiv die Entnahme möglichst vieler Eizellen zu gewährleisten. Dies ist insofern von Bedeutung als etwa 25 und mehr Eizellen erforderlich sind, um mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit zwei Kinder auszutragen. Die Implantationsrate je aufgetauter Eizelle liegt bei 11 bis 12%.¹¹ Neben diesem quantitativen Kriterium ist es vor allem das Alter der Frauen – die kritische Grenze markiert das 35. Lebensjahr – zum Zeitpunkt der Entnahme, das die Aussicht auf Erfolg wesentlich bestimmt. Ebenso von Bedeutung sind der Einfrier- und der Auftauprozess, nicht aber die Einlagerungszeit.¹² Jeder Stimulationszyklus schlägt dabei mit etwa 3000

¹⁰ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND: Geburten und Geburtenverhalten in Deutschland (2012), S. 12, entnommen aus: www.bmfsfj.de [12.10.2013].

¹¹ Vgl. F. NAWROTH u.a.: Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen (2012), S. 530.

¹² Vgl. M. VON WOLFF/P. STUTE: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (2013), S. 410.

Euro zu Buche. Dazu kommen die Kosten für die Einlagerung und zuletzt auch für die künstliche Befruchtung der eingefrorenen Eizellen. Der Vorwurf, eine Form von Luxusmedizin zu sein, wird erhoben und ist nicht von der Hand zu weisen.

Nach der Entnahme werden die Eizellen durch das Verfahren der so genannten ,Vitrifikation' – gemeint ist das Schockgefrieren in flüssigem Stickstoff auf -196 Grad – konserviert: „Die Einführung der so genannten Vitrifikation, ein ultraschnelles Einfrierverfahren, erlaubt inzwischen auch die erfolgreiche Kryokonservierung der sehr empfindlichen unfertilisierten Oozyten.“¹³ An die Entnahme und Kryokonservierung schließt sich, je nach Entscheidung der Patientin, zum gewünschten Zeitpunkt der Auftauprozess sowie eine In-vitro-Fertilisation mit Embryonentransfer in die Gebärmutter an.

Die rechtliche Lage bezüglich des *social freezing* erweist sich dabei als heterogen. In Deutschland dürfen die Oozyten – anders als in der Schweiz, wo dies nur für fünf Jahre möglich ist – fernab jeglicher Befristung gelagert werden. Im Nachbarland Österreich ist *social freezing* dagegen gänzlich untersagt. Wiederum völlig anders wird die Praxis in Israel gehandhabt. Hier wird das Verfahren als ,präventive Medizin' eingestuft.¹⁴ Insgesamt kann an dieser Stelle auf die grundsätzliche Problematik aufmerksam gemacht werden, dass „viele Problembereiche der Reproduktionsmedizin in Deutschland nicht umfassend durch ein ,Fortpflanzungsmedizingesetz' geregelt sind“¹⁵.

2. Medizinethische Spurensuche ausgehend von der Richtlinie der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2006

Insofern die ethische Dimension von *social freezing* ohne Zweifel komplex und mehrschichtig ist, konzentriert sich die Betrachtung auf einen dezidiert medizinethischen Zugang. Als ein erster Ausgangspunkt, den es gleichsam zu befragen gilt, kann der evangelische Theologe und Professor für Sozialethik, HARTMUT KRESS, von der Universität Bonn herangezogen werden. Aus ethi-

¹³ M. VON WOLFF: Anlage einer Fertilitätsreserve bei nicht-medizinischen Indikationen (2013), S. 16. Dies ist bemerkenswert, da die Kryokonservierung von Eizellen aufgrund niedriger Überlebensraten auch nach den ersten Erfolgen Ende der 80er Jahre medizinisch noch wenig erfolgsversprechend war. Grund waren die durch eine Eiskristallbildung in Folge des langsamen Einfrierprotokolls (,slow-rate-freezing') entstehenden Schäden an den Eizellen. Durch das neue Verfahren der Vitrifikation konnte die Überlebensrate auf etwa 80 bis 95% gesteigert werden, vgl. F. NAWROTH u.a.: Kryokonservierung, S. 530.

¹⁴ Vgl. F. NAWROTH u.a.: Kryokonservierung, S. 531.

¹⁵ BUNDESÄRZTEKAMMER: (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006, S. 1, entnommen aus: www.bundesaerztekammer.de [02.11.2013].

schen Gründen spreche, so machte KRESS auf der Jahrestagung der deutschen Reproduktionsmediziner im Mai 2013 deutlich, prinzipiell nichts gegen die Kryokonservierung von Eizellen: „Da die Pille und die künstliche Befruchtung inzwischen aus ethischer Sicht weitgehend akzeptiert sind, wäre es ein Widerspruch, das social freezing pauschal als ethisch nicht zulässig zu verurteilen.“¹⁶ Für diese ethische Vertretbarkeit spreche bereits die grundsätzliche normative Verträglichkeit des *social freezing*, da es sich um ein Verfahren an Eizellen handle und so nicht dem Embryonenschutzgesetz unterliege.¹⁷ Aufgrund der Akzeptanz verwandter Verfahren und Praktiken sowie des Fehlens eines festgeschriebenen rechtlichen wie ethischen Verbots kommt HARTMUT KRESS damit für eine evangelische Ethik zu dem Ergebnis, *social freezing* sei ethisch vertretbar. Dass diese Argumentation für eine durch die Perspektive katholischer Ethik inspirierte medizinethische Urteilsfindung nicht ausreicht, soll im Nachfolgenden dargelegt werden.

Als Ausgangspunkt einer fundierten medizinethischen Betrachtung legt sich die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion aus dem Jahre 2006 nahe. Dort heißt es:

„In ethischer Hinsicht hat die Reproduktionsmedizin ferner die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.“¹⁸

Die vier hier genannten ethischen Kriterien der Bundesärztekammer sollen im Folgenden sukzessive auf den Anwendungsfall des *social freezing* hin befragt werden. Die allgemeine kritische Würdigung der einzelnen ethischen Kriterien soll dabei immer auch durch die Integration einer theologisch-ethischen Perspektive erweitert werden, um deren Potentiale für einen zunächst vor allem von säkularen Überlegungen geprägten medizinethischen Kontext ins Bewusstsein zu bringen.

2.1 Das Recht auf ‚reproduktive Selbstbestimmung‘ – *social freezing* als autonome und nicht individualistische Entscheidung

An erster Stelle ihrer Richtlinie weist die Bundesärztekammer auf die Selbstbestimmungsrechte von Paaren hin. Für diesen Kontext, dem es in erster Linie

¹⁶ Kress zitiert nach M. SPIEWAK: Später Kinderwunsch. Die biologische Uhr anhalten, entnommen aus: www.zeit.de [25.10.2013].

¹⁷ Vgl. H. KRESS: Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenuklifikation (2013), S. 165.

¹⁸ BUNDESÄRZTEKAMMER: Richtlinie, S. 1.

um die Autonomie der betroffenen Frau geht, meint dies das „Recht auf Fortpflanzung im Sinne reproduktiver Autonomie, die Freiheit, selber zu entscheiden, wann und mit wem Kinder gezeugt bzw. eine Familie gegründet werden soll“¹⁹. Der katholische Moralthologe WERNER WOLBERT weist für den Kontext neuer Fortpflanzungstechnologien darauf hin, dass es einerseits Befürworterinnen gebe, die diese als einen Zuwachs an reproduktiver Autonomie sowie als Möglichkeit zur gleichberechtigten Lebensgestaltung für Frauen begrüßten. Andererseits werde aber auch die Meinung vertreten, es handle sich lediglich um eine Form der Scheinfreiheit, in deren Konsequenz die Degradierung der Frau zu einer Rohstoffquelle und zu einem Experimentierfeld stehe.²⁰

Mit dem Begriff der *Selbstbestimmung* bzw. der *Autonomie* wird ein, wenn nicht *der* Zentralbegriff der bioethischen Debatten im Allgemeinen sowie der reproduktionsmedizinischen Debatten im Speziellen und der gegenwärtigen Ethik im Ganzen eingeführt. Der Annahme, neue Möglichkeiten trügen unmittelbar zu einem Mehr an Autonomie bei, ist grundsätzlich entgegenzutreten, denn durch neue Handlungsoptionen entsteht zunächst neuer Entscheidungsdruck und dort, wo Entscheidungen zu fällen sind, geschieht dies nur in den seltensten Fällen durch ein in seiner Entscheidung von jeglichen Außenfaktoren unabhängiges Individuum. Schon für die mittlerweile in die Jahre gekommene ‚Pille‘ als künstliches Empfängnisverhütungsmittel zeigte sich, dass aus einem neuen Können der Frauen heraus bisweilen stillschweigend ein Sollen erwuchs.²¹ Pflicht und Zwang an Stelle von intendierter Selbstbestimmung waren die Folgen. Diese Tatsache wird wie folgt in Worte gebracht: „Frauen sind in der Regel Objekte in diesem Geschehen: diejenigen, denen ‚man‘ hilft, diejenigen, die ‚Rohstoffe‘ liefern, oder auch diejenigen, die sich – im Namen ihrer ‚Autonomie‘ – den biotechnologischen Möglichkeiten nicht verschließen sollen.“²²

Perspektive: Keine Autonomie ohne Relation

Um falschen oder verkürzten Sichtweisen von Selbstbestimmung bzw. dem gänzlichen Ausbleiben ethischer Reflexion auf die Autonomie vorzubeugen, ist es deshalb unverzichtbar, sich auf einen tragfähigen Autonomiebegriff zu

¹⁹ B. BÖTTCHER/M. GOECKENJAN: Jetzt oder nie? (2013), S. 645.

²⁰ Vgl. W. WOLBERT: Spielen Gender-Fragen in der medizinischen Ethik, speziell in Fragen der Reproduktionstechnologie eine Rolle? (2002), S. 241–242.

²¹ Vgl. C. BOZZARO: Ein Kind ja, aber erst irgendwann (2013), S. 239.

²² R. AMMICHT QUINN u.a.: Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin und im bioethischen Diskurs (2006), S. 107.

verständigen.²³ Sowohl Denkansätze feministischer²⁴ wie auch theologischer Ethik verweisen hier auf die Notwendigkeit der Inbetrachtung des dem Autonomiebegriff inhärenten relationalen Moments, um den Begriff nicht individualistisch eng zu führen.²⁵ Insbesondere im Rahmen feministischer Ethik lässt sich hierfür auf eine lange Entwicklung zurückblicken. So war zunächst im Rahmen der Frauenbewegung der 1970er Jahre reproduktive Autonomie zunehmend eingefordert worden. Schnell aber erkannten Vertreterinnen feministischer Bioethik, dass dieses liberale Autonomieverständnis wesentliche Dimensionen eines tragfähigen Autonomiebegriffes ausblendete:

„Das moralische Subjekt wird unabhängig von seinen sozialen Beziehungen, seiner Biographie, den Machtverhältnissen und Rahmenbedingungen gesehen, die ihn/sie und ihre Handlungen prägen. Dieser Subjektbegriff vernachlässigt die (Macht-)Asymmetrien, in denen die Klientinnen stehen, ihre individuelle Geschichte und Erfahrungen, ihre individuellen Lebensbezüge und Werthorizonte. Gegenüber diesen Engführungen bildet der innerhalb der feministischen Bioethik entwickelte Ansatz einer relationalen Autonomie ein klares Gegenkonzept. Relationale Autonomie nimmt zur Kenntnis, dass das menschliche Individuum eingebunden ist in vielerlei Beziehungen, Bezüge und soziale Interaktionen, die seine moralischen Entscheidungen formen, prägen und beeinflussen. [...] Das Konzept einer relationalen, prozeduralen Autonomie im Kontext des bioethischen Diskurses berücksichtigt, dass der Umgang von Frauen mit diesen Techniken von ihren Kontexten und Beziehungen abhängt und auch immer durch diese geprägt sein wird.“²⁶

Hieran anknüpfend kann die Brücke zur Perspektive theologischer Ethik geschlagen werden. Sie kommt zu einem analogen Ergebnis in der Rede von einer als zutiefst relational zu begreifenden Autonomie, wenn auch ausge-

²³ Auch R. AMMICHT QUINN u.a.: *Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin*, S. 109–110, bemängeln: „Wir beobachten, dass die ‚individuelle Autonomie‘, besonders diejenige von Frauen, als zentrales Argument für die Einführung oder Durchführung reproduktionsmedizinischer oder gendiagnostischer Maßnahmen benannt wird, ohne dass eine ethische Reflexion auf die Autonomie selbst erfolgen würde.“

²⁴ Da Frauen im Rahmen dieser Thematik die Gruppe der Hauptbetroffenen darstellen, legt sich eine Bezugnahme auf Positionierungen feministischer Ethik nahe. Dies auch, weil Bereiche wie jener der Reproduktionstechnologie „immer noch von Männern dominiert [werden]. Hier sind aber vor allem die Körper von Frauen betroffen, worauf oft wenig Rücksicht genommen wird. Darum ist es wichtig, dass Frauen hier ihre Perspektive einbringen“. W. WOLBERT: *Gender-Fragen*, S. 244. Die Reproduktionsmedizin ist zudem ein traditionelles Thema feministischer Ethik, worauf H. HAKER: *Geschlechter-Ethik der Reproduktionsmedizin* (2006), S. 270 hinweist.

²⁵ Es bleibt aber auch der Hinweis zu geben: „Die negativen und positiven Bewertungen der Reproduktionsmedizin innerhalb der Frauenbewegung stehen sich bis heute relativ unversöhnlich gegenüber.“ H. HAKER: *Geschlechter-Ethik der Reproduktionsmedizin*, S. 265, Anm. 21.

²⁶ R. AMMICHT QUINN u.a.: *Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin*, S. 117.

hend von einer abweichenden Grundlage. Hier nämlich ist es das christliche Bild vom Menschen als einem genuinen Beziehungswesen, mit dem für die notwendige Sprengung eines individualistisch verkürzten Autonomiebegriffs argumentiert wird. Es sind die Theologie und das christliche Menschenbild, die darauf aufmerksam machen, dass für das Personsein stets „ein zweifaches Moment maßgebend [ist]: Selbststand und Relationalität“²⁷, dass der Mensch „ein Geschöpf in Beziehung“²⁸ ist. Autonomie ohne Relationalität muss fragmentarisch bleiben:

„Autonomie, die das handelnde oder leidende Subjekt vorrangig beziehungslos als in sich stehend und aus sich bestehend betrachtet, unterschlägt leicht die Bedeutung der Einbettung und Verdanktheit, die grundlegende Bezogenheit auf historische, kulturelle und soziale-relationale Zusammenhänge.“²⁹

Wichtig für die medizinethischen Überlegungen ist festzuhalten, dass sowohl feministische als auch Theologische Ethik dafür zu sensibilisieren verstehen, Autonomie stets als eine relationale Größe zu betrachten, die – entgegen einem falsch verstandenen Individualismus – Selbststand und Relation miteinander verknüpft. Jede selbstbestimmte Entscheidung findet stets in Beziehungen und damit innerhalb eines sozialen Kontextes statt, der die Möglichkeiten der Handelnden immer mit beeinflusst. Hier spielen neben diachronen³⁰ – Biographie, bisherige Lebensführung und zukünftige Lebensplanung – vor allem auch synchrone Faktoren eine wichtige Rolle. Negativ gewendet können diese sozialer Druck oder Einflussnahme durch den Partner, Nahestehende oder auch den Arbeitgeber sein. Positiv kann es deren zugesicherte Unterstützung meinen. Offensichtliche soziale Indikationen können demnach zu Kontraindikationen für den Einsatz von *social freezing* werden.

Im Anschluss an das Kriterium der reproduktiven Selbstbestimmung erhebt sich demnach vor allem eine terminologische Argumentation, die darauf aufmerksam machen will, dass Begriffe, wie jener der Autonomie, erst dort normative Qualität entfalten, wo sie ganzheitlich und umfassend in ihrem Bedeutungsgehalt erfasst werden. Erst hier eröffnen sich potentielle Gefahren und Irrwege ebenso wie Ansatzpunkte und Chancen ethisch verantwortbaren Handelns.

²⁷ H. SCHLÖGEL: Der erneute Streit um die Euthanasie (1992), S. 430.

²⁸ H. SCHLÖGEL: Selbstbestimmung am Lebensende? (2000), S. 705.

²⁹ H. SCHLÖGEL/A. ALKOFER (Hrsg.): Was soll ich dir tun? (2003), S. 163.

³⁰ Vgl. U. BITTNER/O. MÜLLER: Technisierung der Lebensführung (2009), S. 36.

2.2 Der Gesundheitsschutz der Schwangeren – bleibende Risiken und die Gefahr alternativlos erscheinender Symptomorientierung

An zweiter Stelle führt die Bundesärztekammer den Gesundheitsschutz der Schwangeren als Kriterium an. Wie gesehen, gilt für das Verfahren *per definitionem*, dass an einer gesunden Patientin³¹ ein medizinisch nicht indizierter Eingriff vorgenommen wird. Mitunter wird diesbezüglich gar der Vorwurf erhoben, Ärzte erfänden die Behandlungsbedürftigkeit ihrer Patientinnen (sog. ‚*disease mongering*‘). Obleich kein direkt anschließender Transfer stattfindet, besteht die grundsätzliche Gefahr einer möglichen ovariellen Überstimulation. Ferner dürften geburtshilfliche Risiken wie Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht oder Gestationsdiabetes bei einer Schwangerschaft im höheren Alter deutlich zunehmen.³² Weitere Risiken sind nicht von der Hand zu weisen: „Diese sind [...] eine niedrige Erfolgsrate, ein Risiko für den zukünftigen Nachwuchs sowie emotionale Niedergeschlagenheit und ein Verlustgefühl, falls die anstehende Fruchtbarkeitsbehandlung erfolglos bleibt.“³³ Hier wird zu Recht und wiederholt die notwendige Erkenntnis formuliert, dass die Einlagerung von Eizellen nicht zwingend zu einer Schwangerschaft führen muss. Es wird deswegen auch von einem „risk of ‚false hope‘“³⁴ gesprochen. Ein Risiko, mit dem gewiss erhebliche psychische, aber auch physische und soziale Belastungen verbunden sind, falls Frauen übersteigerte Erwartungen und Hoffnungen in das Einfrieren ihrer Eizellen gesetzt haben. Denn *social freezing* und die daran anschließende In-vitro-Fertilisation geben keinerlei Garantie für die Erfüllung des Kinderwunsches zu einem späteren, selbstgewählten Zeitpunkt. Im Gegensatz zur natürlichen Zeugung gilt daher auch, dass eine *in vitro* fertilisierte Eizelle nie das gleiche Entwicklungspotenzial wie eine *in vivo* entwickelte Oozyte haben werde.³⁵ Hinzu kommt die relativ

³¹ Hier schafft sich ein Wandel nicht nur im ärztlichen Selbstverständnis und Ethos Ausdruck, sondern auch im Bild vom Menschen, insofern es der Medizin nicht mehr primär um Leidenslinderung geht als vielmehr um die Optimierung von Gesundheitszuständen. U. BITTNER/O. MÜLLER: Das Schaffen von Fertilitätsreserven bei Gesunden (2011), S. 255–258, sprechen zudem einen beobachtbaren Übergang von kurativer zu ‚wunscherfüllender Medizin‘ an, der sich mitunter durch eine Lösung vom Therapiebegriff, den Wandel vom Patienten zum Kunden sowie eine fundamentale Änderung des Menschenbildes und des ärztlichen (Tugend-)Ethos auszeichne. Kann demnach für *social freezing* überhaupt noch von einer ‚Patientin‘ gesprochen werden oder ist die Bezeichnung ‚Kundin‘ treffender?

³² Vgl. M. VON WOLFF/P. STUTE: Reproduktionsmedizin, S. 411.

³³ A. PETROPANAGOS: Egg Freezing, S. 226–227: „These risks include [...] low success rates, risk to future offspring and also the devastation and sense of loss if the future fertility treatment is not successful.“

³⁴ Ebd., S. 225.

³⁵ Vgl. M. VON WOLFF: Social freezing, S. 14.

geringe Erfolgsrate bei IVF-Behandlungen.³⁶ Der Reproduktionsmediziner MICHAEL VON WOLFF beziffert die Wahrscheinlichkeit, mit diesen Maßnahmen eine spätere Schwangerschaft zu erzielen, auf eine Spanne zwischen 30 und 60%.³⁷ Demnach wird die Fortpflanzungsmedizin „darauf zu achten haben, in *keine* Richtung hin überdehnte Erwartungshaltungen zu wecken“³⁸. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. kommt entsprechend zu der Einsicht: „[D]ie Erfolgsraten sind vor allem bei Frauen über 35 Jahren zu niedrig, um die Kältekonservierung als Instrument der Familienplanung einzusetzen.“³⁹

Diese Folgerung wirft aber unweigerlich die Frage auf, wie der Unsicherheit der betroffenen Frauen bezüglich ihrer Kinder- und Familienplanung zu begegnen ist, wenn nicht auf diesem technischen Weg. Auch die Theologische Ethik erkennt die Schwierigkeiten und berechtigten Anliegen sowie die Sorgen und Zukunftsängste junger Frauen. In der Wahrnehmung dieser Virulenzen geht es ihr aber immer auch darum, Impulse eigener Tradition aufzunehmen und als Alternativen hör- und einsehbar vorzutragen.

Perspektive: Tugenden – Geduld, Demut, Wachsamkeit

Da Theologische Ethik auf eine jahrhundertelange Tradition tugendethischen Denkens zurückblickt, bietet sich ein Bezug darauf an. Die Bedeutung der Tugendethik auch für die Medizinethik betont dabei mit Nachdruck der philosophische Medizinethiker GIOVANNI MAIO. Er bemängelt jedoch: „Für die Medizinethik ist der Tugendbegriff von besonderer Bedeutung, was bislang jedoch nur ansatzweise erkannt wurde.“⁴⁰

Bestärkt durch die Arbeit MAIOS soll an dieser Stelle unter theologisch-ethischer Perspektive nach Grundhaltungen gefragt werden, die als hilfreich und förderlich für eine Patientin in dargestelltem Kontext zu erachten sind, sicherlich ohne diese normativ, gleichsam als ‚Lösungsmittel‘ betiteln zu wollen. Neben der Geduld, für die sich als Alternative in einem reproduktions-

³⁶ Vgl. G. MARSCHÜTZ: Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt... (2001), S. 119–120. Vgl. www.deutsches-ivf-register.de für weitere Daten.

³⁷ Vgl. M. VON WOLFF: *Social freezing*, S. 18.

³⁸ H. KRESS: *Medizinische Ethik* (2009), S. 189.

³⁹ DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE E.V.: „Tiefgekühlte Eizellen – nur begrenzte Möglichkeiten für spätere Schwangerschaften“ (Aktuelle Stellungnahmen 186), entnommen aus: www.dggg.de [17.01.2014].

⁴⁰ G. MAIO: *Mittelpunkt Mensch* (2012), S. 77. Maio selbst nennt beispielhaft die Tugenden der Gelassenheit, der Solidarität, der Aufmerksamkeit, der Caritas, des Maßes, des Wohlwollens oder auch der Demut, in: G. MAIO: Wenn die Technik die Vorstellung bestellbarer Kinder weckt (2013), S. 34.

medizinischen Zusammenhang auch KLAUS DEMMER⁴¹ stark macht, lohnt die Bezugnahme auf die biblische Tugend der Demut wie auch der Wachsamkeit. Denn zu Recht ließe sich fragen, ob infolge der geschilderten reproduktiven Technisierung nicht andere, alternative Strategien und Lösungswege zur Gestaltung des eigenen Lebens vielfach in den Hintergrund treten.⁴² Haltungen wie Demut, Geduld oder Wachsamkeit können dann nicht nur *per se* neue Optionen in den Blick rücken, sondern auch dabei helfen, Alternativen wieder sichtbarer in den Vordergrund treten zu lassen. Ihnen dieses Potential zuzuschreiben, liegt schon deswegen nicht fern, weil den Tugenden bereits seit der klassischen Antike zuerkannt wird, einen signifikanten Beitrag zu einem ‚gelingenden Leben‘ zu leisten. Dies darf daher auch für die Kinder- und Familienplanung angenommen werden.

Der Freiburger Moralthologe EBERHARD SCHOCKENHOFF nimmt dies auf und spricht sehr drastisch von der Demut als einer Tugend, „ohne die das Projekt der Moderne an seiner eigenen Maßlosigkeit zu scheitern droht“⁴³. GIOVANNI MAIO mag das Anliegen SCHOCKENHOFFS für einen bioethischen Kontext präzisieren, indem er Demut in dem Sinne als gefordert sieht, „auch durch die technischen Versuche hindurch jederzeit bereit zu sein, das Gegebene als Gegebenes und als Auftrag anzunehmen“⁴⁴. Dadurch zeichne sich der oder die Demütige aus. So könnte sich gerade die Tugend der Demut dort empfehlen, wo technische Möglichkeiten immer mehr überhandnehmen und der Entscheidungsdruck stets und unaufhörlich wächst. In diesen Situationen demütig Geduld zu üben, kann den Versuch wert sein. Geduldig zu sein meint dann, Gegebenes, im Wissen um die noch bleibende Zeit, zielbewusst anzunehmen und das rechte Maß zwischen Hinnehmen und aktivem Verändern zu finden. Dies erfordert immer auch Wachsamkeit, die Tugend, stets wachsam und aufmerksam in der Suche nach dem *Kairos* zu sein, jenem rechten Moment, der sich nicht nur oder keineswegs durch die Perfektion der Umstände auszeichnet, sondern von dem der wachsame Mensch weiß und spürt, dass es an der Zeit ist zu handeln. Solch demütiges, geduldiges und wachsames Entscheiden und Handeln in Fragen der Kinder- und Familienplanung nimmt die oben genannten Anliegen ernst, will aber auch Hoffnung geben und gleichsam entlastend den Blick dafür schärfen, dass das Einfrieren von Eizellen nicht die einzig verbleibende Handlungsoption ist.

⁴¹ Vgl. K. DEMMER: Die Reproduktionsmedizin (2010), S. 292.

⁴² Vgl. U. BITTNER u.a.: Krankheitsbegriff, S. 144.

⁴³ E. SCHOCKENHOFF: Erlöste Freiheit (2012), S. 86.

⁴⁴ G. MAIO: Wenn die Technik die Vorstellung bestellbarer Kinder weckt, S. 34.

Allein eine Besinnung auf tugendgeleitetes Handeln ist jedoch insuffizient. Unterstützt werden muss sich dieser tugendethische Denkanstoß vielmehr auch durch das Schaffen entsprechender sozialer und politischer Voraussetzungen, Veränderungen und Verbesserungen, um nicht als frommer Appell an den Rand der Diskussion gedrängt zu werden. Damit Tugenden praktisch leb- und umsetzbar werden, bedarf es immer auch entsprechender institutioneller wie normativer Vorgaben und Rahmensetzungen. KLAUS DEMMER macht daher auf eine bisweilen oftmals hehre, aber absolut berechnete und ebenso banal anmutende Aufgabenstellung aufmerksam: „Es sollten Verhältnisse herrschen, in denen Frauen sich ihren Kinderwunsch zur biologisch günstigsten Zeit erfüllen können.“⁴⁵

Argumentativ wird damit angesichts der bleibenden Risiken und Unsicherheiten hinsichtlich des Gesundheitsschutzes der Schwangeren nicht nur eine Horizonsweiterung auf andere Handlungsoptionen hin gefordert, sondern auch darauf aufmerksam gemacht, dass *social freezing* sich weniger durch Ursachenorientierung als durch bloße Symptomorientierung auszeichnet. Denn letztlich ist die Methode des *social freezing* nicht mehr als ein Ausdruck dafür, jenen Graben überbrücken zu wollen, der sich zwischen einem aus gynäkologischer Perspektive und einem aus sozioökonomischer Perspektive optimalen Alter eröffnet. Diese Perspektiven müssen einander wieder stärker angenähert werden. Je mehr das gelingt, desto leichter umsetzbar erscheinen Geduld, Wachsamkeit und Demut.

2.3 Der Gesundheitsschutz des erhofften Kindes – Unsicherheiten und Folgewirkungen aufgeschobener Kinderplanung

Nun aber steht nicht nur die betroffene Frau als Patientin, sondern immer auch das erhoffte Kind im Fokus ethischer Bewertung. Zum Dritten werden von der Bundesärztekammer daher mögliche Risiken für die Gesundheit des Kindes – und dies noch deutlicher als in der Vorgängerrichtlinie von 1998⁴⁶ – zu bedenken gegeben, wobei es sinnvoll erscheint, nochmals eine Unterscheidung zwischen physischen und psychischen Folgen vorzunehmen. Letztere meinen vor allem Konsequenzen für das Selbstverständnis und die Identität der Betroffenen. Hinsichtlich möglicherweise auftretender körperlicher Folgen⁴⁷ lassen sich bis zum jetzigen Zeitpunkt keine negativen Wirkungen erkennen:

⁴⁵ K. DEMMER: *Moraltheologie und Reproduktionsmedizin*, S. 84.

⁴⁶ Vgl. H. KRESS: *Kinderwunsch und Kindeswohl in der Krise* (2008), S. 164.

⁴⁷ Zu bedenken ist hier gerade die Gefahr, dass die Eizelle im Verfahrensprozess verletzt wird,

„Die Fehlbildungsrate von Kindern, die durch kryokonservierte Oozyten geboren wurden, unterscheidet sich nicht von der nach spontaner Konzeption.“⁴⁸ Hier wird die zukünftige Forschung weitere Aufschlüsse geben und Rückschlüsse ziehen müssen. Dafür sind weitere Daten zu erheben.

Wenn es aber um mögliche Folgewirkungen für das erhoffte Kind geht, so scheinen m.E. drei Aspekte überdies bedenkenswert. Zum Ersten scheint vor allem die Frage aufschlussreich zu sein, wie konkret Betroffene mit ihrer reproduktionsmedizinischen Vergangenheit umgehen. Auch hierzu fehlen (noch) die notwendigen Daten. Bisherige Befragungen von durch In-vitro-Fertilisation gezeugten Jugendlichen zeigen jedoch, dass für die Betroffenen das Empfinden, ein Wunschkind zu sein, etwaige andere Implikationen überwiegt.⁴⁹ Anders aber als bei der In-vitro-Fertilisation kommt, zum Zweiten, bei *social freezing* die Dimension des ‚Ver- oder Aufgeschobenseins‘ additiv hinzu. Dies kann gegebenenfalls signifikante psychische und identitätsrelevante Folgen haben. Ein für den geistigen wie körperlichen Gesundheitsschutz des Kindes zum Dritten bedenkenswerter Gesichtspunkt eröffnet sich dort, wo – auch mit Blick auf soziopolitische Konsequenzen – gefragt wird, wie lange eingefrorene Oozyten ‚genutzt‘ werden dürfen:

„Es könnte Frauen dazu veranlassen, den Zeitpunkt für eine Eheschließung nach hinten zu verschieben und damit zur Zunahme von Elternpaaren im fortgeschrittenen Alter führen, was wiederum die demographischen Eigenschaften der Industrienationen verändert.“⁵⁰

Es ist insofern wichtig, diese Entwicklung zu bedenken, als Frauen mit durchschnittlich 38 Jahren das Verfahren der Vitrifikation von Eizellen verstärkt in Betracht ziehen. Für einen Großteil der Reproduktionsmediziner ist mit 55 jenes Alter⁵¹ erreicht, das gleichsam als Grenzlinie für einen potentiellen Embryonentransfer angesehen wird. Schon ein Einhalten nur dieser Grenze aber hätte zur Folge, dass Eltern kurz vor oder bereits im Rentenalter sind, bevor

mit Folgen für die spätere Kindesentwicklung. Vgl. dazu auch K. DEMMER: Die Reproduktionsmedizin, S. 290.

⁴⁸ R. DITTRICH u.a.: Kryokonservierung, S. 618.

⁴⁹ Vgl. S. SIEGEL u.a.: Ethische Bewertung und persönliche Einstellungen von in-vitro-gezeugten jungen Erwachsenen (2011), S. 121.

⁵⁰ M. GRYNBERG: Is Oocyte cryopreservation for social reasons ethically defensible? Against, in: 1st International Symposium on Social Egg Freezing 2013. Proceedings, S. 61, entnommen aus: www.socialfreezing.org [10.01.2014]: „Actually, the development of social egg freezing programs has socio-political consequences. Indeed, it may encourage women to delay marriage and increase the number of older parents, therefore modifying the demographic characteristics of industrialized countries.“

⁵¹ Vgl. U. BITTNER/O. MÜLLER: Fertilitätsreserven, S. 258.

ihre Kinder die Volljährigkeit erreichen. Neben einem grundlegenden Zweifel an der sozialetischen Wünschbarkeit des Verfahrens liegen weitere Folgen eines derartigen Paradigmas, vor allem hinsichtlich der Betroffenen, auf der Hand. *Social freezing* leiste, so der von vielen Seiten erhobene Vorwurf, einem Anstieg postmenopausaler Schwangerschaften Vorschub, der neben der Gefährdung der Mütter – erinnert sei an dieser Stelle an das Kriterium des Gesundheitsschutzes der Schwangeren – zu einer Überalterung der Elterngeneration sowie dem Ausfall ganzer Generationen führe. Ebenso sind gravierende Folgen für die betroffenen Kinder im Einzelnen anzunehmen. Die Gefahr vorzeitiger Verwaisung, eine den kindlichen Ansprüchen ungenügende Erziehung sowie eine möglicherweise sehr frühzeitig einsetzende Pflegebedürftigkeit der Eltern stehen hierbei im Raum.⁵²

Infolge der Auseinandersetzung mit dem Kriterium des kindlichen Gesundheitsschutzes muss eine Positionierung für die ethische Vertretbarkeit des *social freezing* in der Lage sein, vor allem teleologisch ausgerichtet, mit Blick auf mögliche Folgewirkungen zu argumentieren. Hier jedoch ergeben sich – zum jetzigen Zeitpunkt aber vielfach nicht erschöpfend zu klärende – bleibende Unsicherheiten und Risiken.

Perspektive: ‚Natürlichkeit‘ und ‚Künstlichkeit‘ als Reflexionsbegriffe

An diese Überlegungen der Zulässigkeit und Folgen postmenopausaler Schwangerschaften, gerade auch für die betroffenen Kinder, knüpfen aus der Perspektive einer zunächst philosophischen Ethik UTA BITTNER und OLIVER MÜLLER ihre Frage nach der Möglichkeit einer ‚Natürlichkeit der Lebensführung‘ an. Dabei geht es ihnen nicht darum, einen Natürlichkeitsbegriff einzuführen, der gleich einer quasi-naturrechtlichen Norm fungieren oder dogmatisierend verwendet werden sollte, sondern um die Etablierung eines Reflexionsbegriffs. So stellen die beiden Autoren fest und fragen zugleich: „Niemand muss mit Kindern leben wollen, doch wenn man Kinder haben will, sollte man überlegen, ob es nicht ‚natürlich‘ ist, sie möglichst umfassend in seine Lebensgestaltung einzubetten.“ Denn, so fahren die Autoren fort, „[e]s könnte unglaubwürdig wirken, wenn eine Frau mit 60 Jahren plötzlich Kinder in ihr Leben integrieren will, mit der Begründung, nur ein Leben mit Kindern

⁵² Doch werden auch Gegenargumente laut. So seien ältere Elternpaare besser vorbereitet, ihre Entscheidung für das Kind sei zudem reiflicher bedacht. Betroffene Kinder seien finanziell ausreichender abgesichert als bei jungen Eltern. Ferner könnte im *social freezing* auch ein Beitrag dazu gesehen werden, „Strukturprobleme unserer Gesellschaft auf medizinisch-technologischem Weg zu kompensieren“. H. KRESS: Neue Verfahren, S. 166.

sei ein erfülltes, glückliches. Wenn man 60 Jahre lang sein Leben vor dem Hintergrund eines ‚solipsistischen Paradigmas‘ führt, muss man sich die Frage stellen, warum sich das mit 60 ändern sollte.⁵³ In einem Ergebnis halten U. BITTNER/O. MÜLLER deshalb fest, dass der Mensch nicht losgelöst von den Bedingungen seiner Lebensführung gesehen werden dürfe, ohne dies sogleich als Manko begreifen zu müssen. Vielmehr könne dadurch eine Reflexion über die Bedeutung von Lebensphasen, über die Bedeutung des ‚Kairos‘, des richtigen Zeitpunktes für Lebensentscheidungen angeregt werden. Dies schließt wiederum an die oben ausgeführten tugendethischen Überlegungen, insbesondere das zur Wachsamkeit Gesagte, an.

Von theologisch-ethischer Seite lässt sich der Reflexionsbegriff ‚Natürlichkeit‘, wenn auch für einen unverkennbar stärker naturrechtlich geprägten Zusammenhang, aufnehmen. Theologische Ethik richtet sich hier vor allem gegen Positionen, welche die Meinung vertreten, „mit dem Einfrieren von Keimzellen lasse sich die moderne Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung vollenden“⁵⁴. Dem entgegen steht die in der viel diskutierten Enzyklika *Humanae vitae* (1968) zum Ausdruck gebrachte Wertschätzung der „unlösbaren Verknüpfung der beiden Sinngehalte – liebende Vereinigung und Fortpflanzung –, die beide dem ehelichen Akt innewohnen“ (HV 12). Dementsprechend vernimmt man vonseiten des kirchlichen Lehramts den „klassische[n] Einwand, die assistierte Zeugung reiße die beiden Sinngehalte des ehelichen Aktes auseinander. Sie trenne, was wesentlich zusammengehöre“⁵⁵. Diese künstliche Trennung des Zeugungsaktes als Ausdruck ehelicher Liebe und der Zeugung selbst wird durch die reproduktiven Methoden hautnah erfahren. Angesichts des Einwandes, eheliche Liebe beschränke sich nicht nur auf den sexuellen Akt, sei vielmehr auch in anderen, womöglich technischen, Kontexten zu realisieren, plädiert KLAUS DEMMER für eine angebrachte Skepsis Theologischer Ethik:

„Sie [leise Skepsis] macht sich am Ausdrucksgehalt liebender ehelicher Vereinigung fest. Dieser ist nicht adäquat zu ersetzen; die leitende Intention des Paares ist nur ein schwacher Abglanz. Sie ist Surrogat. Letztlich bleibt allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz der Eindruck von Künstlichkeit übrig [...]. Die genuine Erlebnisqualität von Geschlechtlichkeit wird zumindest eingeschränkt. Natürlich kann auch ein technischer Umweg Ausdruck von Liebe sein, insbesondere auf

⁵³ U. BITTNER/O. MÜLLER: Technisierung der Lebensführung, S. 39–41.

⁵⁴ H. KRESS: Neue Verfahren, S. 165, der an dieser Stelle die Position Carl Djerassis, des Erfinders der ersten Antibabypille, zusammenfassend wiedergibt.

⁵⁵ K. DEMMER: Moraltheologie und Reproduktionsmedizin, S. 65.

Seiten der Frau, die sich einer solch belastenden Prozedur unterwirft. All das wird aber eine Tendenz zur Versachlichung verletzlicher Gefühle nicht aufhalten können. [...] Ohne es zu wollen, macht man das Kind zu einem ‚Produkt‘.⁵⁶

Damit soll die Unzulässigkeit der Entkopplung von Zeugung und Geschlechtsakt hinsichtlich der Praxis des *social freezing*, im Anschluss an das kirchliche Lehramt und von theologisch-ethischer Seite, für die medizinethische Urteilsfindung zu bedenken gegeben werden. Wenn von Natürlichkeit gesprochen wird, so muss auf die zunehmende Entkopplung von Sexualität und Fortpflanzung zum einen sowie auf eine damit zusammenhängende „wachsende Künstlichkeit des Lebens“⁵⁷ zum anderen hingewiesen werden. Dies sollten betroffene Frauen und Paare in ihrem Entscheidungsprozess unbedingt mit bedenken.

2.4 Ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung – notwendige Stärkung des Beratungskonzepts und seiner ethisch relevanten Inhalte

Neben drei vor allem personal orientierten Kriterien gibt die Richtlinie zuletzt ein verfahrenstechnisches Merkmal an die Hand. Wenn die Bundesärztekammer ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung anmahnt, ist m.E. zuvorderst ein Punkt näher zu bedenken: die Beratung. Denn die Bedeutung einer eingehenden und qualifizierten Beratung⁵⁸ kann aus ethischer, aber auch medizinischer Sicht kaum überschätzt werden. Berücksichtigung findet diese Einsicht auch in der Stellungnahme des Netzwerks *FertiPROTEKT*, das einen Zusammenschluss von knapp hundert reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland, Österreich und z.T. der Schweiz repräsentiert. Die Beratung müsse individuell an den Einzelfall angepasst werden und vor allem ergebnisoffen⁵⁹ – d.h. „[d]ie Beratung sollte auch die Option, keine Maßnahmen zu ergreifen, beinhalten“⁶⁰ – über altersabhängige Chancen aufklären sowie offene Fragen sowohl zum weiteren Prozedere als auch zur Kostensituation

⁵⁶ Ebd., S. 65–66.

⁵⁷ K. DEMMER: Die Reproduktionsmedizin, S. 288.

⁵⁸ G. MAIO: Mittelpunkt Mensch, S. 244, betont daher: „Zu einer guten Reproduktionsmedizin gehört nicht nur die technische Versiertheit, sondern auch eine gute Beratung, die im Einzelfall auch das mögliche Scheitern der Reproduktionsversuche thematisieren müsste.“ Die konjunktivische Formulierung Maios deutet bleibende Potentiale an.

⁵⁹ Vgl. K. DEMMER: Die Reproduktionsmedizin, S. 292, der bemängelt: „Die eingehende Beratung, von welcher Seite sie immer erfolgt, ist nicht mehr ergebnisoffen. Bedürfnisse wurden im Vorfeld geweckt, und es fällt schwer, von ihnen Distanz zu gewinnen. [...] Die Faszination der schnellen Lösung gibt tendenziell den Ausschlag.“

⁶⁰ B. BÖTTCHER/M. GOECKENJAN: Ethische Aspekte, S. 644.

beantworten. Dies sei immer auch verbunden mit dem Ziel, richtig verstandene Autonomie zu ermöglichen⁶¹ und potentielle Kontraindikationen offenzulegen: „Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des *informed consent* gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären.“⁶² Anzustrebendes Ziel dieses Beratungsprozesses ist aus ethischer Sicht eine wirklich autonome Entscheidung auf der Basis umfassender Aufklärung, ein so genannter, wenn auch vielerorts bemühter, *informed consent*. Eine so ausgerichtete Beratung ist jedoch nur dann und dort möglich, wo sie von Interdisziplinarität gekennzeichnet ist. Neben den involvierten Medizinerinnen – hier vor allem den Reproduktionsmedizinerinnen – ist auch psychologisches sowie in ethischen Fragen geschultes Fachpersonal hinzuzuziehen. „Dieses interdisziplinäre Team sollte gleichermaßen an der individuellen Entscheidungsfindung beteiligt sein und einen Konsensus mit der Patientin finden. Eine Unterstützung durch eine klinische Ethikberatung ist wünschenswert.“⁶³

Die Qualität des Beratungsprozesses als eines wesentlichen Teilaspektes hochwertiger Gesundheitsversorgung wird variieren, vor allem dann, wenn eindeutige Richtlinien fehlen. Auf seiner Bedeutung zu insistieren legt sich auch nahe, da die Beratung zum Fertilitätserhalt bei gonadotoxischer Therapie bislang kein Standard ist.⁶⁴ Auch GIOVANNI MAIO zielt in diese Richtung. Er kritisiert die Diskrepanz zwischen dem formalen Hinweis auf die Notwendigkeit der Beratung und deren fehlender adäquater Verankerung in der Praxis.⁶⁵

Im Anschluss an diese offensichtlichen Defizite und zugleich Entwicklungspotentiale hinsichtlich des Beratungsprozesses an sich bedarf es der Klärung der dort zu kommunizierenden Inhalte, die vor allem der Aufklärung, Information und somit der verantworteten Entscheidungsfindung dienen sollen. Neben finanziellen und medizinischen Aspekten sind hier immer auch ethisch relevante Gesichtspunkte einzubeziehen, wie sie im bisherigen Verlauf des Beitrages anklingen. Erwähnung finden sollten zudem mögliche und zukünftig anschließende Folgehandlungen.

⁶¹ Hier ergeben sich Verbindungslinien zum Autonomiebegriff: „Die Realisierung ihrer Autonomie braucht strukturelle, personale, professionelle und soziale Voraussetzungen, wie [...] Beratung [...], die auf verschiedenen Ebenen, durch verschiedene Akteure umgesetzt“ werden sollte. R. AMMICHT QUINN u.a.: Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin, S. 118.

⁶² BUNDESÄRZTEKAMMER: Richtlinie, S. 2.

⁶³ B. BÖTTCHER/M. GOECKENJAN: Ethische Aspekte, S. 646.

⁶⁴ Vgl. ebd., S. 642.

⁶⁵ Vgl. G. MAIO: Auf dem Weg zum Kind als erkaufte Dienstleistungsprodukt? (2010), S. 196.

Perspektive: Inbetrachtung von Folgehandlungen

Im Anschluss an das einleitend zu *Dignitas personae* Gesagte muss auf der unbedingten Thematisierung und Inbetrachtung von Folgehandlungen wie der In-vitro-Fertilisation beharrt werden, die sich – sollen die kryokonservierten Eizellen ihrem mit der Vitrifizierung intendierten Bestimmungszweck zugeführt werden – unweigerlich anschließt. Damit aber werden zahlreiche weitere und zusätzliche ethische Reflexionen⁶⁶ nötig, die hier zwar nicht vertieft werden können, aber als bedeutsam für das Zustandekommen eines *informed consent* zu erachten und demnach mit der Patientin zu erörtern sind. Die Methode des *social freezing* kann nicht als davon gelöst betrachtet werden und ist demnach auch vor dem Horizont dieser Handlungen zu bewerten, da es der Intention nach immer schon nicht nur um Gewinnung und Lagerung, sondern auch um Nutzung geht. Dies hebt mit Nachdruck KLAUS DEMMER in das Bewusstsein:

„Die assistierte Zeugung dient als Türöffner für weitergehende Diagnostiken und Forschungen. Wer den ersten Schritt tut, sollte wissen, auf welche Folgegeschichte er sich einlässt. Die einmal losgetretene Lawine lässt sich nicht aufhalten, und ein segmentierender Blick, der nur den ersten Schritt sieht, muss sich den Vorwurf der Lebensferne gefallen lassen.“⁶⁷

Die ethische Virulenz der Folgehandlungen ist im Rahmen einer tragfähigen ethischen Urteilsbildung und demzufolge als wesentlicher Teil eines ethisch qualifizierten Beratungsprozesses unbedingt wahrzunehmen.

3. Fragwürdiges *social freezing* – eine theologisch inspirierte medizinethische Bewertung

Im Ergebnis der dargelegten ethischen Betrachtungen und Perspektivierungen darf es als grundsätzlich fraglich beurteilt werden, ob es zum gegenwärtigen Zeitpunkt als angebracht zu erachten ist, von einer medizinethischen Vertretbarkeit von *social freezing*, wie sie HARTMUT KRESS für eine evangelische Ethik annimmt, zu sprechen. Neben den genannten Punkten könnten und müssten stattdessen gewiss noch weitere Fragehorizonte⁶⁸ eröffnet werden.

⁶⁶ Vgl. G. MARSCHÜTZ: Theologisch ethisch nachdenken, Bd. 2: Handlungsfelder (2011), S. 176ff.

⁶⁷ K. DEMMER: Bedrängte Freiheit (2010), S. 133.

⁶⁸ Vier Fragehorizonte seien zumindest angedeutet: Was von dem, was gemacht werden kann, soll auch gemacht werden (vgl. G. MARSCHÜTZ: Kinderwunsch, S. 127)? Bestehen Zusammenhänge und Interdependenzen von *social freezing* und der in Deutschland untersagten Leihmut-

Anvisiertes Ziel des Beitrages war es, die von der Bundesärztekammer formulierten Kriterien für reproduktionsmedizinische Verfahren aufzunehmen und auf ihre medizinethische Tragfähigkeit – dies stets unter Berücksichtigung und Erweiterung um eine weiterführende und vertiefende theologisch-ethische Perspektive – zu befragen. Mag medizinisch aufgrund der bleibenden Unsicherheiten auch nicht generell für ein strenges moralisches Verbot der Nutzung von Reproduktionstechniken zur Schaffung einer individuellen Eizellreserve argumentiert werden, so folgt daraus allerdings ebenso wenig der Umkehrschluss, dass das Schaffen einer Fertilitätsreserve geboten oder zumindest ethisch bedenkenlos sei. Im Gegenteil sollte einsehbar geworden sein, dass sich aus medizinischer wie theologisch-ethischer Sicht mehrere gute Gründe finden, „dieser Technik mit Skepsis zu begegnen und sie nicht in Anspruch zu nehmen“⁶⁹.

Die theologisch-ethischen Perspektivierungen halfen, die allgemein kritische Betrachtung der vier bearbeiteten Kriterien noch weitergehend zu beleuchten. So konnte nicht nur für einen relationalen Autonomiebegriff sensibilisiert werden, sondern auch die Impulse tugendethischen Denkens, mögliche Reflexionsbegriffe wie die Natürlichkeit und Künstlichkeit von Fortpflanzungsprozessen sowie zuletzt die notwendige Inbetrachtung von Folgehandlungen aufgenommen werden, um auf bleibende ethische Defizite aufmerksam zu machen und Felder weitergehender Reflexion zu eröffnen. Die Theologische Ethik legt hier den Finger in die Wunde und gibt sich nicht mit vorschnellen Urteilen zufrieden. Sie ist, wie eingangs dargestellt, ‚kritischer Weggefährte‘.

In der Summe zeigte sich, „dass von einer ‚Fertilitäts-Versicherung‘ aktuell keine Rede sein kann“, dass vielmehr höchst kritisch zu fragen ist, „ob der Versuch, ‚die Zeit einzufrieren‘, ein adäquater Lösungsansatz für diese Problematik ist“⁷⁰. Das Verfahren *social freezing* hat dementsprechend als medizinisch fragwürdig zu gelten. Mag sich nun auch die Einschätzung bewahrheiten, seine zunehmende Verbreitung ließe sich nicht aufhalten⁷¹, so

terschaft sowie Eizellspende (vgl. M. VON WOLFF/P. STUTE: Reproduktionsmedizin, S. 409)? Stellt *social freezing* einen weiteren Schritt auf eine ‚Geschlechtergerechtigkeit‘ im Sinne einer reproduktiven Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau hin dar (vgl. U. BITTNER/O. MÜLLER: Technisierung der Lebensführung, S. 42)? Wie ist die Rolle des Partners in reproduktionsmedizinischen Entscheidungsprozessen, insbesondere im Anschluss an ein relationales Autonomieverständnis und die Rede vom ‚Selbstbestimmungsrecht der Paare‘, zu bewerten?

⁶⁹ U. BITTNER/O. MÜLLER: Technisierung der Lebensführung, S. 44; M. VON WOLFF: Social freezing, S. 17, gibt 49 Jahre als oberste Grenze an.

⁷⁰ C. BOZZARO: Ein Kind ja, aber erst irgendwann..., S. 244.

⁷¹ Vgl. die Einschätzung von M. VON WOLFF/P. STUTE: Reproduktionsmedizin, S. 409.

sollte nicht nur am Ende des vorliegenden Beitrages, sondern auch der geforderten Beratungsgespräche die Einsicht geltend gemacht werden, „dass die effektivste Strategie darin besteht, Frauen darin zu unterstützen und sie dazu zu ermutigen, die Verwirklichung ihres Kinderwunsches nicht zu verschieben.“⁷² Denn unverändert gilt, dass die natürliche Empfängnis die beste Möglichkeit für Frauen darstellt, ein Kind zu bekommen.⁷³ Darin manifestiert sich die abschließende Erkenntnis, die auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. teilt, dass der Wissenschaft trotz aller Anstrengungen doch nur begrenzte Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die biologische Uhr anzuhalten.

Zusammenfassung

MERKL, ALEXANDER: ‚Fruchtbarkeitsversicherung': *Social (egg) freezing?* – Zur medizinethischen Vertretbarkeit eines neuen reproduktionsmedizinischen Verfahrens unter theologischer Perspektive. *ETHICA* 22 (2014) 4, 291–314

Gegenwärtig kommt dem reproduktionsmedizinischen Verfahren ‚social freezing‘ wachsende Popularität zu. Hier eröffnen sich auch ethische Fragen. Als Ausgangspunkt für eine intendierte medizinethische Bewertung des sozial indizierten Einfrierens von unbefruchteten Eizellen erweist sich die Richtlinie der Bundesärztekammer von 2006. Die dort genannten vier Kriterien – reproduktive Selbstbestimmung, Gesundheitsschutz der Schwangeren sowie des erhofften Kindes, hohes Niveau der Gesundheitsversorgung – werden kritisch diskutiert und mit einer weiterführenden theologischen Perspektivierung – relationale Autonomie, Tugenden, ‚Natürlichkeit‘ und ‚Künstlichkeit‘ als Reflexionsbegriffe, notwendige Beratung und Inbetrachtung von Folgehandlungen – bedacht. Darin profiliert sich die Theologische Ethik als kritischer, sensibilisierender und fruchtbarer ‚Weggefährte‘ medizinethischer Urteilsfindung. Im Ergebnis ist die ethische

Summary

MERKL, ALEXANDER: ‚Fertility insurance': *social (egg) freezing?* – On the tenability of a new reproductive technology from the medical ethics point of view under theological aspects. *ETHICA* 22 (2014) 4, 291–314

At this time, a reproductive technology called ‚social freezing‘ is becoming increasingly popular. This gives rise to ethical questions, too. The guideline of the German Medical Association published in 2006 may be taken as the basis for an evaluation of the socially indicated process of freezing unfertilized oocytes from a medical ethics perspective. The four criteria mentioned – reproductive self-determination, health protection of the pregnant woman as well as of the hoped-for child, a high level of health care – are critically discussed and enriched by further theological aspects such as relational autonomy, virtues, ‚naturalness‘ and ‚artificiality‘ as concepts of reflection, necessity of counseling and consideration of follow-up actions. Herein, theological ethics manifests itself as a critical, sensitizing and fruitful ‚companion‘ for medical ethics in coming to valuable opinions and making good decisions. As a result, both the ethical doubtfulness of

⁷² F. NAWROTH u.a.: Kryokonservierung, S. 531.

⁷³ Vgl. M. GRYNBERG: Against, S. 61.

Fragwürdigkeit des Verfahrens einerseits wie die bleibende Begrenzung reproduktionsmedizinischer Verfahren andererseits zu konstatieren.	the method and the persistent limitation of reproductive technologies are to be stated.
Autonomie/Selbstbestimmung Gesundheitsschutz/Schwangere/Kind Natürlichkeit/Künstlichkeit/Folgen <i>social freezing</i> /Reproduktionsmedizin Tugend	Autonomy/self-determination health protection /pregnant woman/child naturalness/artificiality/consequences social freezing/reproductive medicine virtue

Literatur

- AMMICHT QUINN, REGINA u.a.: Frauen in der Praxis der Reproduktionsmedizin und im bioethischen Diskurs – eine Intervention. *Concilium* 42 (2006), 107–123.
- BITTNER, UTA u.a.: Der Krankheitsbegriff und seine Grenzen – Implikationen für die ethische Bewertung von Techniken der assistierten Fortpflanzung. *Ethica* 19 (2011) 2, 123–147.
- BITTNER, UTA/MÜLLER, OLIVER: Das Schaffen von Fertilitätsreserven bei Gesunden als Herausforderung für das ärztliche Selbstverständnis. *Ethica* 19 (2011) 3, 255–260.
- Technisierung der Lebensführung. Zur ethischen Legitimität des Einfrierens von Eizellen bei gesunden Frauen als Instrument der Familienplanung. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 14 (2009), 23–45.
- BÖTTCHER, BETTINA/GOECKENJAN, MAREN: Jetzt oder nie? Ethische Aspekte der Fertilitätsprotektion bei onkologischen Patientinnen. *Der Gynäkologe* 9 (2013), 642–647.
- BOZZARO, CLAUDIA: Ein Kind ja, aber erst irgendwann ... Überlegungen zum Einsatz von Egg- und Ovarian-Tissue Freezing, in: Giovanni Maio u.a. (Hrsg.): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*. Freiburg/München: Alber, 2013, S. 233–249.
- BUNDESÄRZTEKAMMER: (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006, entnommen aus: www.bundesaerztekammer.de [02.11.2013].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, Geburten und Geburtenverhalten in Deutschland (2012), entnommen aus: www.bmfsfj.de [12.10.2013].
- DEMMER, KLAUS: Moraltheologie und Reproduktionsmedizin – eine prekäre Weggefährtschaft. *Nachdenkliches und Bedenkliches im Rückblick. FZPhTh* 58 (2011), 62–85.
- *Bedrängte Freiheit. Die Lehre von der Mitwirkung – neu bedacht (SThE 127)*. Freiburg: Herder, 2010.
- Die Reproduktionsmedizin. Ethisch Nachdenkliches auf ihrem Feld und Umfeld, in: Paul Chummar Chittilappilly (Hrsg.): *Ethik der Lebensfelder*. Freiburg i.Br.: Herder, 2010, S. 286–302.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE E.V.: „Tiefgekühlte Eizellen – nur begrenzte Möglichkeiten für spätere Schwangerschaften“ (Aktuelle Stellungnahmen 186), entnommen aus: www.dggg.de [17.01.2014].
- DITTRICH, RALF u.a.: Kryokonservierung von Ovarialgewebe und Eizellen. *Der Gynäkologe* 9 (2013), 616–623.
- GRYNBERG, MICHAEL: Is Oocyte cryopreservation for social reasons ethically defensible?

- Against, in: 1st International Symposium on Social Egg Freezing 2013. Proceedings, S. 60–65, entnommen aus: www.socialfreezing.org [10.01.2014].
- HAKER, HILLE: Geschlechter-Ethik der Reproduktionsmedizin, in: Ursula Konnertz u.a. (Hrsg.): Ethik – Geschlecht – Wissenschaften. Der „ethical turn“ als Herausforderung für die interdisziplinären Geschlechterstudien. Paderborn: Mentis, 2006, S. 255–287.
- KRESS, HARTMUT: Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenuvitrikation: Neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin aus ethischer Sicht. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 10 (2013), 163–167.
- Medizinische Ethik – Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertekonflikte (Ethik – Grundlagen und Handlungsfelder; 2). Stuttgart: Kohlhammer, 2009.
- Kinderwunsch und Kindeswohl in der Krise – sozialetische, reproduktionsmedizinische und medizinethische Gesichtspunkte, in: Johannes Eurich u.a. (Hrsg.): Intergenerationalität zwischen Solidarität und Gerechtigkeit. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, 2008, S. 151–165.
- MAIO, GIOVANNI: Wenn die Technik die Vorstellung bestellbarer Kinder weckt, in: Ders. u.a. (Hrsg.): Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung. Freiburg / München: Alber, 2013, S. 11–37.
- Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- MARSCHÜTZ, GERHARD: Theologisch ethisch nachdenken, Bd. 2: Handlungsfelder. Würzburg: Echter, 2011.
- Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt... Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung. *Ethica* 9 (2001) 2, 115–147.
- NAWROTH, FRANK: „Social freezing“ – Pro und Contra. *Der Gynäkologe* 9 (2013), 648–652.
- NAWROTH, FRANK u.a.: Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen („social freezing“). *Frauenarzt* 53 (2012), 528–533.
- PETROPANAGOS, ANGEL: Reproductive ‘Choice’ and Egg Freezing, in: Teresa K. Woodruff et al. (eds.): *Oncofertility. Ethical, Legal, Social, and Medical Perspectives*. Heidelberg u.a.: Springer, 2010, S. 223–235.
- SAVULESCU, JULIAN/GOOLD, IMOGEN: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons. *American Journal of Bioethics* 8 (2008), 32–35.
- SCHLÖGEL, HERBERT/ALKOFER, ANDREAS: Was soll ich dir tun? Kleine Bioethik der Krankenseelsorge. Stuttgart: Verlag Kathol. Bibelwerk, 2003.
- SCHLÖGEL, HERBERT: Selbstbestimmung am Lebensende? Zur Auseinandersetzung mit Norbert Hoerster. *StZ* 218 (2000), 703–710.
- Der erneute Streit um die Euthanasie – theologisch-ethische Aspekte. *ZKTh* 114 (1992), 425–439.
- SCHOCKENHOFF, EBERHARD: Erlöste Freiheit – Worauf es im Christentum ankommt. Freiburg i.Br.: Herder, 2012.
- SIEGEL, STEFAN u.a.: Ethische Bewertung und persönliche Einstellungen von in-vitro-gezeugten jungen Erwachsenen zur künstlichen Befruchtung. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie, in: Jochen Vollmann/Jan Schildmann (Hrsg.): *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse*. Berlin: Lit, 2011, S. 113–124.
- SPIEWAK, MARTIN: Später Kinderwunsch. Die biologische Uhr anhalten, entnommen aus: www.zeit.de [25.10.2013].
- VON WOLFF, MICHAEL: Anlage einer Fertilitätsreserve bei nicht-medizinischen Indikationen

(„Social freezing“): Techniken und kritische Bewertung. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie* 20 (2013), 14–18.

VON WOLFF, MICHAEL / STUTE, PETRA: Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Das Praxisbuch. Stuttgart: Schattauer, 2013.

WOLBERT, WERNER: Spielen Gender-Fragen in der medizinischen Ethik, speziell in Fragen der Reproduktionstechnologie eine Rolle? *SthZ* 6 (2002), 235–244.

Alexander Merkl, Wiss. Mitarb. am Lehrstuhl für Moraltheologie, Universität Regensburg,
Universitätsstraße 31, D-93053 Regensburg

Alexander.Merkl@theologie.uni-regensburg.de