

ANGELIKA WALSER

**ZWISCHEN REPRODUKTIVER AUTONOMIE
UND VULNERABILITÄT**

**Theologisch-ethische Anmerkungen zu
(Social) Egg Freezing / Eizellspende**

Angelika Walser, geb. 1968 in Stuttgart, verheiratet, zwei Töchter. 1988–1995 Studium der kath. Theologie und der Germanistik in Würzburg und München. 1995–1998 Stipendiatin der „Studienstiftung des Deutschen Volkes“ für die Dissertation in Moraltheologie; Religionslehrerin an Wiener Schulen und freie Journalistin für Printmedien und Rundfunk. 1999–2002 wissenschaftlich-pädagogische Assistentin bei den Theologischen Kursen der Erzdiözese Wien. 2002–2004 Assistentinnenvertretung an den Instituten für Moraltheologie der Universität Wien und Innsbruck und weitere Lehraufträge. 2005–2007 Aufbau eines Ethiker-Innengremiums für das EU-Netzwerk „Geneskin“ im Auftrag der Europäischen Kommission, 6. Rahmenprogramm „Life sciences, genomics and biotechnology for health“. 2007–2010 APART-Stipendiatin der Österreichischen Akademie der Wissenschaften: „Die Autonomie von Frauen in bioethischen Konfliktfeldern am Lebensbeginn als Herausforderung für die Theologische Ethik“. 2010–2013 Managerin der Forschungsplattform der Universität Wien „Religion and Transformation in Contemporary European Society“ (RaT). 2013 Habilitation im Fach „Theologische Ethik“ an der Universität Wien. 2013–2015 Professorin an der Kirchlich-Pädagogischen Hochschule Wien-Krems. 2015 Berufung auf den Lehrstuhl für Moraltheologie der Universität Salzburg.

Publikationen (Bücher): *Schuld und Schuldbewältigung in der Wendeliteratur. Ein Dialogversuch zwischen Theologie und Literatur*. Mainz: Matthias-Grünwald, 2000 (Theologie und Literatur; 12); *Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung*. Innsbruck: Tyrolia, 2014; Kurt Appel/Isabella Guanzini/Angelika Walser (Hg.): *Europa mit oder ohne Religion? Der Beitrag der Religionen für das gegenwärtige und zukünftige Europa*. Göttingen: Vienna University Press, 2014; *In deiner Nähe geht es mir gut. Warum Freundschaften lebensnotwendig sind*. Innsbruck: Tyrolia, 2017; „Freundschaft“ im interdisziplinären Dialog. *Perspektiven aus Philosophie/Theologie/Sozialwissenschaften und Gender Studies*. Innsbruck: Tyrolia, 2017.

1 Einleitung: Egg Freezing und Eizellspende – ein aktueller Schauplatz der Reproduktionsmedizin¹

“Preserve your options. You’ve got big plans. And a biological clock on its own schedule. Freezing your eggs could buy you time and give you more choices for the future.” So lautet die verheißungsvolle Ankündigung der Website des angeblich ersten US-amerikanischen Service für Frauen, die ihre Fruchtbarkeit sozusagen „auf Eis legen und damit für immer bewahren wollen“:

“Extend Fertility is the very first service in the United States focused exclusively on women who want to proactively preserve their fertility options. We’re inspired by the belief that women freezing their eggs for the future have a right to the same emotional support and physician excellence as women trying for a baby now. That’s why we’re creating a service centered around the unique, busy lives of these women – at a price that makes sense at this point in their lives.”²

Im Info-Video der Website werden die gesellschaftlichen Erwartungen an ein gelungenes Frauenleben in Form eines Comics präsentiert: Weibliche Normalbiographie braucht Karriere und Kinder, und zwar in dieser Reihenfolge. Sie hat jedoch einen natürlichen Gegner: die Zeit. Die biologische Uhr und damit die Fruchtbarkeit der jungen Frau läuft ab.

Angesichts dieser Notlage bietet „Extend Fertility“ seinen Service an: Erstens kann eine junge Frau ihre Eizellen kryokonservieren lassen, bis der richtige Zeitpunkt für die Familiengründung gekommen ist. Zweitens kann die gereifte Karriere-Frau im Bedarfsfall auch auf die Eizellen einer noch ganz jungen Frau (*spring chicken*) zurückgreifen, welche die erforderlichen frischen Eizellen spendet und damit hoffentlich die genetischen Voraussetzungen für ein Wunschkind liefert. Es gibt also immer noch einen Plan B, wenn Plan A nicht funktioniert. Und einen Plan zu haben, ist das Wichtigste im Leben, so das fröhlich-optimistische Finale der Werbeeinschaltung: „Having options – it’s what it’s all about!“

In der digitalen Realität solch kommerziell orientierter internationaler Websites, deren Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Diskurs über Bioethik nicht zu unterschätzen sind, vermischen sich zwei ethische Konfliktfelder, die

¹ Ich danke meinem Kollegen Andreas M. Weiß und meiner Kollegin Silvia Arzt an der Universität Salzburg für ihre kritischen Kommentare zu diesem Artikel.

² Die Webseite wird regelmäßig einem Relaunch unterzogen, so dass der zitierte Text in leicht abgewandelter Form auf www.extendfertility.com erscheint (Stand: 17.7.17). Das im Artikel zitierte Info-Video steht mittlerweile nicht mehr auf der Webseite, sondern auf You Tube: <https://www.youtube.com/watch?v=eRCg8bO1bOk> (Download vom 17.7.17).

bezüglich Gewichtigkeit und Bewertung voneinander unterschieden werden müssen:

(1) *Egg Freezing* – die Kryokonservierung der eigenen noch jungen Eizellen unter dem Vorzeichen des aufgeschobenen Kinderwunsches aus sozialen Gründen;

(2) die *Eizellspende*, die dann zum Einsatz kommt, wenn die genetisch eigene Eizelle nicht das erhoffte Glück der Mutterschaft beschert.

(1) unterscheidet sich von (2) vor allem bezüglich der Verteilung von Nutzen und Schaden: Im ersten Fall, beim autologen Egg Freezing mit eigenen Eizellen, profitiert die Konsumentin selbst; im zweiten Fall – der heterologen Variante – gibt es eine „Spenderin“³, welche die Eizelle liefert und aus diesem Transfer keinen unmittelbaren gesundheitlichen Nutzen bezieht, möglicherweise aber gesundheitlichen Schaden erleidet; weiter ist die Eizellspende für „Spenderin“ und „Empfängerin“ wie für das auf diese Art und Weise entstandene Kind mit speziellen Problemen verbunden.

Bevor beide Methoden im folgenden Kapitel jeweils getrennt diskutiert werden, möchte ich an dieser Stelle für eine erste Analyse die Vermischung beider ethischer Konfliktfelder auf der Website an dieser Stelle bewusst beibehalten. Auf diese Art und Weise können nämlich die Gründe aufgezeigt werden, warum die Angebote der ART (*Artificial Reproductive Techniques*) heute weltweit so gefragt sind: Längst geht es bei der Reproduktionsmedizin nicht mehr um eine rein therapeutisch-medizinische Dienstleistung, sondern um weit mehr. Es geht um ein kommerziell äußerst lukratives Geschäft mit sozialen Bedürfnissen und Sehnsüchten, die im Folgenden nur knapp skizziert werden können. Dabei werden gesellschaftliche Probleme verhandelt, die weit über das Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ hinausgehen. Das soziale und kulturelle Umfeld markiert den Kontext reproduktiver Entscheidungsfindung und ist daher für eine Analyse unverzichtbar.

Ich setze hier die grundlegende Einsicht der feministischen Bioethik⁴ voraus, welche die individualistische Verkürzung des Autonomiebegriffs in der

³ Der Begriff der „Spenderin“ ist positiv altruistisch konnotiert und mit traditionellen sozialen Erwartungen an Frauen verbunden. Nüchtern betrachtet, handelt es sich zunächst einmal um einen „Transfer“.

⁴ Die sog. „feministische Bioethik“ hat sich als eigenständige wissenschaftliche Disziplin in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in den USA herausgebildet und ist mit Namen wie Rosemarie Tong, Laura Purdy, Anne Donchin und Susan Sherwin verbunden. Neben diesen meist der Philosophie zugehörigen Vertreterinnen sind ausdrücklich auch Theologinnen zu nennen, wie Karen Lebacqz, Margaret Farley und Lisa Cahill. Im deutschsprachigen Raum haben-

Reproduktionsmedizin kritisiert und den Gedanken relational-kontextueller Autonomie⁵ ins Zentrum der Überlegungen stellt: Keine Entscheidung, auch nicht die Entscheidung zur Erfüllung des Kinderwunsches, ist die einsame Angelegenheit eines Individuums oder eines Paares. Sie fällt immer im Kontext soziokulturell bedingter Erwartungen, welche die Entscheidung der Eltern beeinflussen.

1.1 Der soziale Kontext von Egg Freezing und Eizellspende und die reproduktive Autonomie von Frauen

Die Zielgruppe der Website wie auch des Social Egg Freezing insgesamt ist unschwer zu erkennen und durch Studien bestätigt: Junge gebildete Frauen des bürgerlichen Milieus im reproduktionsfähigen Alter mit beruflichen Ambitionen.⁶ Auch heute noch gehört in dieser Gruppe der Kinderwunsch zu einem wesentlichen Bestandteil der eigenen Lebensplanung, wobei die Reihenfolge sehr klar ist: Zuerst berufliche Erfüllung, dann Erfüllung als Mutter. Dass zur Erfüllung des Kinderwunsches auch ein Partner gehören könnte, wird im Video interessanterweise nicht erwähnt – mit Ausnahme einer Sequenz von ca. einer Sekunde, in der auf einem Handy-Display das Wort „Daddy“ auftaucht und per Tastendruck (als Samenspender?) gewählt werden kann. Ob diese auffallende Lücke der Tatsache geschuldet ist, dass die Website-Betreiber lesbische Frauen nicht ausschließen wollen, oder darauf zurück-

Publikationen von Hille Haker und Eva Pelkner die Anliegen feministischer Bioethik verarbeitet; vgl. H. HAKER: Feministische Bioethik, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.): Bioethik (2002), S. 168–183. Auch meine eigene bisher unveröffentlichte Habilitation über die Autonomie von Frauen in bioethischen Konfliktfeldern (<http://ubdata.univie.ac.at/AC11592846>), von der ein Teil in mein Buch über Reproduktionsmedizin, *Ein Kind um jeden Preis?* (2014), eingeflossen ist, lässt sich in diesen Bereich einordnen. Allerdings muss angemerkt werden, dass sich derzeit auch im Bereich der Bioethik der Fokus von einer rein feministischen Perspektive hin zu der Frage nach den Geschlechterverhältnissen verschiebt, was immer deutlicher die Männerforschung in ihren verschiedenen Facetten bzw. queere Ansätze in den Blick rücken lässt.

⁵ Vgl. CATRIONA MACKENZIE/NATALIE STOLJAR (ed.): *Relational Autonomy* (2000); JOHANN S. ACH/BETTINA SCHÖNE-SEIFERT: „Relationale Autonomie, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.): *Patientenautonomie* (2013), S. 42–60; JOEL ANDERSON: *Relationale Autonomie 2.0*, in: ebd., S. 61–75.

⁶ Zu ergänzen ist außerdem, dass in den USA – anders als in Österreich – Egg Freezing und Eizellspende ein kommerzielles Unternehmen sind, Ei- bzw. auch Spermazellen nicht „gespendet“, sondern „verkauft“ werden. Ein Blick auf die USA lässt ahnen, welches gewaltige wirtschaftliche Potential in Eizellspende und Egg Freezing stecken: Allein im Zeitraum von 1995 bis 2009 ist die Anzahl von Spenderinnenzyklen von 4.783 auf 17.697 explodiert, Tendenz bis heute steigend. Vgl. M. LEVE: *Reproductive Bodies and Bits* (2013), S. 277–288.

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15240657.2013.848319>

(Download vom 22.2.2017)

zuführen ist, dass den Interessentinnen von Social Freezing laut Studien meist ein fester Partner zur Familiengründung fehlt, sei dahingestellt.⁷ In jedem Fall muss festgehalten werden: Im Gegensatz zum bisherigen auf die Romantik zurückgehenden Elternschaftskonzept⁸, welche das Kind als Krönung einer erfüllten Liebesbeziehung zwischen zwei im Idealfall gleichberechtigten heterosexuellen Partnern betrachtet, propagiert diese Website die Elternschaft der postmodernen Frau mit oder ohne Partnerschaft. Frau ist ihres eigenen Glückes Schmiedin: Sie muss nur einen Plan haben. Ein Kind zu bekommen ist im Zeitalter der ART nach wie vor und mehr denn je allein Frauensache – auch und gerade unter dem Vorzeichen der Emanzipation.

Die sprachlichen Wendungen „einen Plan haben“ bzw. „eine Wahl haben“ sind Ausdruck der Sehnsucht nach reproduktiver Autonomie. Die postmoderne Frau des 21. Jahrhunderts ist ihrer eigenen Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit nicht mehr hilflos ausgeliefert, sondern sie hat ihre Lebenschoreographie im Griff. Dank Egg Freezing und Eizellspende kann sie sich ihren Kinderwunsch jederzeit – auch nach der Menopause – erfüllen. Die Kontrollierbarkeit der eigenen Fertilität bzw. ihre Verlängerung wird zu einer Art Siegeszeichen der Medizintechnologie über den eigenen Körper und seinen Alterungsprozess. Was sich Feministinnen wie SIMONE DE BEAUVOIR⁹ oder SHULAMIT FIRESTONE¹⁰ von der Reproduktionstechnologie erhofft haben, ist nun endgültig eingetreten: Der weibliche Körper in seiner Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit ist kein natürliches Schicksal mehr, dem Frauen passiv unterworfen wären, sondern beherrschbar geworden.

Weiter ist individuelles perfektes Timing für das Lebensgefühl der Generationen des 21. Jahrhunderts, zumindest der westlichen Hemisphäre, ein wesentlicher Faktor. Dies hat mit den ökonomischen Rahmenbedingungen einer Arbeitswelt zu tun, in denen sich der eigene Selbstwert nicht zuletzt an Effizienz und Effektivität bemisst bzw. beide Faktoren Leistungsbereitschaft und Leistungsvermögen signalisieren. Diese traditionellerweise der männlich dominierten Arbeitswelt zugeschriebenen Attribute werden nun mit der Überwindung altersbedingter Infertilität durch Egg Freezing und Eizellspende auch auf Frauen anwendbar: Karriere und Kinder sind zeitlich perfekt organisierbar, so dass der persönliche „Output“ in jeder Lebensphase maximal ist. Dass in Zeiten der Globalisierung das zukünftige Wunschkind bei Bedarf in-

⁷ Vgl. H. HAKER: Kryokonservierung von Eizellen (2016), S. 121–132, hier: 124.

⁸ Vgl. H. HAKER: Ethik der genetischen Frühdiagnostik (2002), S. 70–87.

⁹ Vgl. S. DE BEAUVOIR: Das andere Geschlecht (2003), S. 167f.

¹⁰ Vgl. S. FIRESTONE: Frauenbefreiung und sexuelle Revolution (1975), S. 219.

ternationale Zusammensetzung aufweisen kann, fügt sich in dieses Bild ein.¹¹ Unter den ökonomischen Rahmenbedingungen von Kapitalismus und Neoliberalismus geht auch in der Reproduktionsmedizin die Dokumentation und Demonstration der eigenen Arbeit, in diesem Fall der „reproduktiven Arbeit“¹², mit der Notwendigkeit einer Qualitätskontrolle einher. Nicht nur die Spender von Spermien, sondern auch die Spenderinnen von Eizellen unterliegen harten Auswahlkriterien: Eine Studie belegt das veränderte Ranking bei der Auswahl von Eizell-Spenderinnen in den USA: War 2009 den zukünftigen Eltern noch ein ähnlicher Genpool wichtig, sind es 2012 Gesundheit, Intelligenz und ein athletischer Körperbau, die bei der Wahl ausschlaggebend sind.¹³ Auch hier kommt es zu einer Art Angleichung der Geschlechter: Die Ansprüche an genetische Exzellenz waren ursprünglich an den – historisch gesehen – früher auftretenden Spermien-spender gerichtet. Nun richten sie sich auch an junge Frauen.¹⁴

1.2 Die rechtliche und medizinische Situation in Österreich

Angesichts der bislang dargestellten Sehnsüchte, die sich allesamt mit dem Schlagwort der reproduktiven Autonomie verbinden, muss die Frage erlaubt sein, ob denn Egg Freezing und Eizellspende solch großen Hoffnungen überhaupt gerecht werden können? Zur Beantwortung dieser Frage ist ein Blick auf einige rechtliche Eckpfeiler und medizinische Befunde angebracht, wobei ich mich auf die Situation in Österreich konzentrieren möchte, die sich nach Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes im Jahr 2015 verändert hat.¹⁵

Im Gegensatz zu Deutschland ist der ausschließlich heterosexuelle Rahmen der Fortpflanzungsmedizin aufgegeben worden: Die Fortpflanzungsmedizin

¹¹ Vgl. den sehr sehenswerten Film „Future Baby“ von Maria Arlamovsky.

¹² Der Terminus „reproduktive Arbeit“ oder „Reproduktionsarbeit“ entstammt der feministischen Kritik an Reproduktionsmedizin, die sich Ende der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts auch in politischem Widerstand äußerte. Protagonistinnen dieses Widerstandes waren beispielsweise Maria Mies. Heute findet sich die mit diesem Begriff verbundene Kritik z.B. bei L. N. TRALLORI: *Der Körper als Ware* (2015), S. 23.

¹³ Vgl. F. HOMERO/J. LEE/J. RODRIGUEZ-PURATA/G. WITKIN/B. SANDLER/A. B. COPPERMAN: *Beauty, Brains or Health* (2014), S. 830–833.

¹⁴ Vgl. A. BERNARD: *Kinder machen* (2014).

¹⁵ Die Rechtslage für Kryokonservierung und Eizellspende ist in den verschiedenen europäischen Ländern völlig unterschiedlich. In Österreich ist das neue Fortpflanzungsmedizingesetz abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> (Download vom 16.2.2017). Einen ausführlichen Kommentar bietet das Handbuch des neuen Fortpflanzungsmedizinrechts von P. BARTH/M. ERLEBACH (Hg.), 2015.

steht in Österreich nun auch lesbischen Paaren offen. Mit der Berufung auf das Diskriminierungsverbot homosexueller Paare und auf den Gleichheitsgrundsatz wurde unter §3 (3) die Eizellspende legalisiert, wobei eine Altersbeschränkung gesetzt wurde: Die Empfängerin darf zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der Spenderin dürfen laut §2b (2) nur vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 30. Lebensjahr Eizellen entnommen werden.

Auch das Egg Freezing ist in Österreich legal, wobei es allerdings ausschließlich an eine medizinische Indikation gebunden ist, so § 2 b(1). Wie lange es dauert, bis auch in Österreich Websites wie die oben analysierte für Social Egg Freezing Werbung machen, ist Gegenstand der Spekulation. Um einer vollständigen Ökonomisierung der Reproduktionsmedizin wie in den USA gewisse Schranken zu setzen, wurde in §16 (1) ein ausdrückliches Kommerzialisierungsverbot formuliert. Insbesondere im Hinblick auf osteuropäische Spenderinnen darf laut Gesetz für die Spenderin nur eine Aufwandsentschädigung ausbezahlt werden, welche die nachgewiesenen Barauslagen deckt.

Nach §18 hat der behandelnde Arzt eine Dokumentations- sowie eine 30-jährige Aufbewahrungspflicht der Unterlagen, wobei Kritiker zu Recht eingewendet haben, dass es kein zentrales Spender- bzw. Spenderinnenregister gibt, in dem sich Spenderkinder über ihre genetische Herkunft informieren können. Sie haben jedoch laut §20 (2) nach Vollendung des 14. Lebensjahres ein Einsichts- und Auskunftsrecht.

Was die medizinische Praxis des Jahres 2015 betrifft, so sind laut Jahresbericht des IVF-Registers des Bundesministeriums für Gesundheit für die Eizellspende 5 Vollversuche und 2 Kryoversuche dokumentiert, im Vergleich dazu 179 IVF-, 55 ICSI- und 17 Kryoversuche mit Samenspende.¹⁶ Die weitere Entwicklung der Eizellspende und ihre Auswirkungen auf die Erfolgsraten von IVF und ICSI in Österreich bleiben abzuwarten. Berichte aus der Praxis weisen jedoch auf ein ständig zunehmendes Interesse hin, insbesondere bei lesbischen Paaren.¹⁷

Insgesamt wurden von 2001–2015 in Österreich 94.075 Behandlungsversuche mit Unterstützung des IVF-Fonds durchgeführt, die 24.722 Schwangerschaften hervorbrachten. Die Erfolgsrate der Reproduktionsmedizin in Ös-

¹⁶ Vgl. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/5/5/CH1094/CMS1340806672582/ivf-jahresbericht_2015_0-fehler.pdf (Download vom 9.2.2017, Seite 10, Tabelle 2.4).

¹⁷ Der Vortrag ist mittlerweile zumindest im Internet abrufbar. http://www.gaimh.org/files/tagung2017/unterlagen/2017.02.17.Aus_vielen_mach3.pdf (Download vom 17.7.2017).

terreich bewegt sich im europäischen Durchschnitt¹⁸: Aus dem Jahresbericht von 2015 geht hervor, dass in den 27 Vertragskrankenanstalten des IVF-Fonds 9.101 Versuche bei 6.153 Paaren durchgeführt wurden. Dabei konnten 2.064 Schwangerschaften erzielt werden, was eine Erfolgsrate von 30,9 Prozent bedeutet. Die für die betroffenen Paare wichtigere Baby-Take-Home-Rate betrug laut IVF-Register 27,4 Prozent, bezogen auf das Jahr 2014.¹⁹

Nach diesen einführenden Worten in die allgemeinen rechtlichen Rahmenbedingungen der Fortpflanzungsmedizin in Österreich, sollen nun die beiden Methoden „Egg Freezing“ und „Eizellspende“ selbst im Zentrum stehen.

1.2.1 Egg Freezing

Egg Freezing – die Kryokonservierung von Eizellen – ist eine seit Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts bestehende Technologie, deren Erfolg zunächst sehr fragwürdig schien, die mittlerweile aber durch das Verfahren der sog. Vitrifikation, der „Schockgefrierung“, entscheidend verbessert wurde. Sie erzielt in etwa gleich hohe Schwangerschaftsraten bei der ICSI-Behandlung wie der Einsatz von frischen Eizellen.²⁰

Ob es medizinische Risiken durch die Vitrifikation bzw. durch den Aufwärmprozess für das auf diese Art und Weise gezeugte Kind gibt, war einige Jahre sehr umstritten und ist bis heute immer wieder Gegenstand der Kontroverse: Hatte die *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) im Jahr 2007 aufgrund der lediglich beschränkten Datenlage noch vor den unab-

¹⁸ Genauere Darstellungen und Statistiken vgl. Homepage und Publikationsorgane der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE): <https://www.eshre.eu/Data-collection-and-research/Consortia/EIM/Publications.aspx> (Download vom 16.2.2017).

¹⁹ Bei einem Vergleich zwischen österreichischem und deutschem IVF-Register fällt die unterschiedliche Aufbereitung der statistischen Daten auf. So wird im deutschen IVF-Register wesentlich präziser formuliert, worauf sich jeweils die Zahlen beziehen und wie die statistische Berechnung zustande kommt. Der direkte Vergleich zwischen der Baby-Take-Home-Rate bei IVF/ET in Deutschland von 2014 (20,88 Prozent) und den vergleichsweise hohen Werten in Österreich (27,4 Prozent) ist also möglicherweise nicht statthaft. Für das Jahr 2015 liegen für Österreich noch keine Zahlen der Baby-Take-Home-Rate vor. Für dasselbe Jahr gibt das deutsche IVF-Register eine durchschnittliche Schwangerschaftsrate nach IVF oder ICSI pro Embryonentransfer von 31,9% an. 72,7 Prozent der entstandenen Schwangerschaften führten zur Geburt. Dies entspricht einer Geburtenrate von 20,5 Prozent pro begonnenem Behandlungszyklus und 23,5 Prozent pro durchgeführtem Embryotransfer. Erwähnt wird auch, dass die Schwangerschaftsrate bei 40-Jährigen nur noch 21,6% beträgt, die Baby-Take-Home-Rate hier also weit niedriger ist. Vgl. <http://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dirjahrbuch2015d.pdf> (Download vom 9.2.2017, Seite 10).

²⁰ A. COBO/V.SERRA/N.GARRIDO et al.: Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes (2014), 1006–1015; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25064408> (Download vom 16.2.2017).

sehbarer Risiken der Kryokonservierung von Eizellen gewarnt und war mit dieser sowohl in den Medien als auch in vielen einschlägigen Publikationen präsent,²¹ nahm sie sechs Jahre später diese Warnung zurück. Heute geht sie davon aus, dass durch das Einfrieren und Wiederauftauen der Eizellen weder ein erhöhtes Risiko für chromosomale Abweichungen noch Geburtsdefekte oder Entwicklungsdefizite zu befürchten seien.²² Allerdings bleibt der Zusatz, dass das Datenmaterial für diese Entwarnung nach wie vor begrenzt sei, was weitere aktuelle Publikationen bestätigen.²³ Auch die Gleichsetzung der Erfolgsrate von frischen und kryokonservierten Eizellen ist durchaus kontrovers und Appelle zur Verbesserung der Kryokonservierung von Eizellen sind nach wie vor aktuell.²⁴

Dass eine Technologie, die noch vor zehn Jahren als fragwürdiges Experiment galt, nun auf Basis beschränkter Datenmaterials zur unbedenklichen und medizinisch bewährten Behandlungsmethode erklärt wird, zeigt nur einmal mehr, wie rasch aufgrund handfester kommerzieller Interessen aus dem kollektiven Wunsch nach Erfolg der Methode Wirklichkeit geworden ist. Bei ihrer Einführung – 1986 gelang die erste Fertilisierung, 2005 wurde das erste Kind geboren – ging es u.a. darum, Mittel und Wege zu finden, rechtliche Restriktionen einzelner europäischer Länder im Umgang mit überzähligen Eizellen zu umgehen und ganz allgemein die Geburtenrate durch Reproduktionstechnologie zu steigern.²⁵ Rein medizinisch gesehen ging und geht es allerdings nach wie vor um eine präventive Intervention für Krebspatientinnen in gebärfähigem Alter, da bei ihnen befürchtet werden muss, dass die Chemotherapie nicht nur eine spätere Infertilität nach sich zieht, sondern möglicherweise auch zur Geburt eines Kindes mit Behinderung führt.²⁶

²¹ Die ASRM sprach von der Möglichkeit genetischer Anomalien mit anschließenden schweren physischen und mentalen Behinderungen. Vgl. K. HARWOOD: *Egg Freezing* (2009), S. 39–46.

²² https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Practice_Guidelines/Committee_Opinions/Ovarian_tissue_and_oocyte.pdf (Download vom 10.2.2017).

²³ Für einen Überblick über aktuelle Studien vgl. S. BERNSTEIN/C. WIESEMANN: *Should Postponing Motherhood via „Social Freezing“ Be Legally Banned?* (2014), S. 282–300, hier: 286.

²⁴ S. MORTEZA HOSSEINI/M. HOSSEIN NASR-ESFAHANI: *What does the cryopreserved oocyte look like?* (2016), S. 377–387. https://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Practice_Guidelines/Committee_Opinions/Ovarian_tissue_and_oocyte.pdf (Download vom 17.2.2017).

²⁵ Vgl. G. LOKWOOD/M. H. JOHNSON: *Having it all?* (2015), S. 126–127. [http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(15\)00264-3/abstract](http://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(15)00264-3/abstract) (Download vom 17.2.2017).

²⁶ Vgl. H. HAKER: *Kryokonservierung von Eizellen* (2016), S. 121–132, hier: 123.

1.2.2 Eizellspende

Die Möglichkeit der Kryokonservierung von eigenen Eizellen war von Anfang an mit der Hoffnung auf eine signifikante Steigerung der Baby-Take-Home-Rate verbunden.²⁷ Immerhin beträgt die Geburtenrate bei US-amerikanischen Frauen unter 35 Jahren, die mittels Eizellspende und Embryonentransfer behandelt wurden, bis zu 55 Prozent.²⁸ Dies ist gegenüber den oben erwähnten durchschnittlich konstanten ca. 30 Prozent der klinischen Schwangerschaftsrate und der durchschnittlichen Geburtenrate ein klarer Erfolg.

Angesichts der Tatsache, dass Frauen die Erfüllung ihres Kinderwunsches immer weiter nach hinten verschieben, ist die Kryokonservierung der eigenen Eizellen in jungen Jahren bzw. der Rückgriff auf die Eizellspende einer jüngeren Frau *die* Chance, die nachlassende Fertilität zu überbrücken: Frauen in den deutschsprachigen Ländern bringen ihr erstes Kind um das 30. Lebensjahr zur Welt und die Tendenz zeigt noch weiter nach oben. Im gleichen Maß wie die Eizellqualität und -anzahl abnimmt, steigt die Fehlgeburtenrate ab 40 Jahren jedoch deutlich an.²⁹ Mit dem Transfer junger Eizellen ergibt sich nun die Chance, in einem Alter, in dem die biologische Fruchtbarkeit ihren Höhepunkt weit überschritten hat, doch noch zu einem Kind zu kommen. Oder, wie ein werbeähnlicher Slogan der Eizellspende lautet: Nicht das Alter der Gebärmutter, sondern das Alter der Eizelle ist entscheidend („It is the age of the egg, not the age of the womb“³⁰). Für die Anwendung der Eizellspende ergibt sich also ein Bedarf von immer jüngeren Spenderinnen bei immer älteren Empfängerinnen.

Die medizinische Indikation für die Anwendung einer Eizellspende sind u.a. genetische Dispositionen oder das Fehlen von Ovarien, aber auch Endometriose sowie vorzeitige Menopause. Die medizinische Einschätzung der Risiken, die in einer fast unüberschaubaren Anzahl von Studien seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts belegt sind, ist verblüffend kontrovers: Auf der einen Seite werden sie für die *Spenderin* mit 1 Prozent als gering

²⁷ Das erste Baby nach einer Eizellspende wurde 1983, also 5 Jahre nach der Geburt von Louise Brown, in Australien geboren.

²⁸ Vgl. H. KENTENICH/A. JANK/C. SIBOLD/A. TANDLER-SCHNEIDER: Aktueller Stand der Reproduktionsmedizin (2016), S. 75–89, hier: 84.

²⁹ Bei Frauen unter 35 Jahren liegt sie bei 17%, nach dem 40. Geburtstag ist sie bereits doppelt so hoch.

Vgl. <http://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dirjahrbuch2015d.pdf> (Download vom 9.2.2017, Seite 10).

³⁰ Häufig gebrauchte Formel, hier zitiert nach: J. Savulescu/I. Goold: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons (2008), S. 32–35, hier: 32.

beschrieben,³¹ wobei insbesondere die hormonelle Stimulation zur Eizellentnahme und die Eizellentnahme selbst genannt werden. Auf der anderen Seite stehen Publikationen, welche die Prozedur der Eizellspende für die Spenderin mit den Belastungen durch eine Nierenspende vergleichen und vor einer Unterbewertung der Risiken warnen.³² Genannt werden insbesondere Gliederschmerzen, Atembeschwerden, Herzrasen, Bluthochdruck und Asthma.

Für die *Empfängerin* ergeben sich erstens die üblichen Belastungen durch die IVF- oder ICSI-Behandlung, wie sie seit langem in der Literatur beschrieben worden sind: Hier ist neben der hohen physischen Belastung durch die Spätschwangerschaft selbst³³ und das nach wie vor bestehende hohe Risiko von Mehrlings- und Zwillingsgeburten insbesondere auch die psychische Belastung von Frauen bzw. Paaren mit frustrativem Kinderwunsch zu nennen, die durch mehrfache ergebnislose IVF-Versuche nicht ab-, sondern, im Gegenteil, noch zunimmt.³⁴ Sie ist in der IVF-kritischen Literatur seit fast zwanzig Jahren immer wieder beschrieben worden und wird durch die Sozialwissenschaften bzw. die Erfahrungsberichte vieler Paare noch heute immer wieder aufs Neue bestätigt.³⁵ Angesichts der überall voranschreitenden Liberalisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen – Österreich ist das beste Beispiel dafür – und der gesteigerten Erfolgsquoten durch die Eizellspende dürfte der psychosoziale Druck auf Paare mit unerfülltem Kinderwunsch noch weiter anwachsen: Was technologisch machbar ist, sollte auch gemacht werden – so lautet der allgemeine soziale Konsens. Ein Verzicht auf Anwendung der Technologie gilt immer mehr als rechtfertigungsbedürftig.

Für die Empfängerin ergibt sich im Falle der Eizellspende von einer anderen Frau jedoch zusätzlich zu diesen Risiken eine weitere Belastung, nämlich – im Falle einer erfolgreich überstandenen und häufig durch Ängste belasteten Schwangerschaft – die Begegnung mit einem möglicherweise als fremd wahrgenommenen Kind. Da in Österreich für die Eizellspende – anders als bei der Adoption – für die Eizellspende keine verpflichtende psychosoziale

³¹ Vgl. S. BERNSTEIN/C. WIESEMANN: Should postponing motherhood via “Social Freezing” Be Legally Banned? (2014), S. 282–300, hier: 284.

³² Vgl. D. DICKENSON: Property in the Body (2007), S. 62–67.

³³ Vgl. P. RITZINGER/J. W. DUDENHAUSEN/W. HOLZGREVE: Späte Mutterschaft und deren Risiken (2011), S. 112–122. Vgl. <http://www.kup.at/kup/pdf/9839.pdf> (Download vom 17.2.2017).

³⁴ Vgl. A. WALSER: Ein Kind um jeden Preis? (2014), S. 23–28.

³⁵ Eine Auswahl von eindrucksvollen und bis heute sehr aussagekräftigen Original-Zitaten aus Studien finden sich beispielsweise in M. A. RYAN: Ethics and Economics of Assisted Reproduction (1994), S. 70–74. Die neueste Publikation von Elisabeth Beck-Gernsheim bestätigt den Befund nach wie vor: E. BECK-GERNSHEIM: Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder (2016), hier: S. 12–16.

Beratung vorgeschrieben ist, gehen Frauen und Paare oft unvorbereitet in die Begegnung mit einem Kind, das nicht zu 100 Prozent als „genetisch eigenes Kind“ definiert werden kann. Phantasien bezüglich der Eizellspenderin als ständig präsenter zweiter Mutter, mangelnde Bindungsfähigkeit und Befremden angesichts des optisch unerwarteten Aussehens des Kindes bezeugen eine häufig tabuisierte Problematik.³⁶

Bezogen auf das *Kind* ist die Einschätzung der medizinischen Risiken durch Eizellspende unterschiedlich: Erstens weisen Studien immer wieder auf Fehlbildungen, mentale Retardierungen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen von IVF- und ICSI-Kindern *generell* hin. Dabei ist jedoch umstritten, ob die Methode selbst oder andere Probleme wie die Subfertilitätsprobleme bzw. das Alter der austragenden Mutter Ursache der Fehlbildungen sind.³⁷ Zweitens ergeben sich bei der Eizellspende *im Besonderen* mögliche Risiken durch die Kryokonservierung eingefrorener und wieder aufgetauter Eizellen im Vergleich zu frischen Eizellen (siehe die kontroverse Einschätzung im vorherigen Kapitel).

Für Spenderkinder kommt neben dieser medizinischen Problematik die mögliche psychosoziale Belastung hinzu: Auch wenn das Dokumentations- und Auskunftsrecht klare Vorgaben nennt (siehe oben), so fällt ein offener Umgang sowohl mit dem Thema IVF *generell*³⁸ als auch *speziell* mit dem Thema Eizell- bzw. Samenspende gesellschaftlich gesehen noch immer nicht leicht. Die Bereitschaft, die durch Eizellspende gezeugten Kinder von Anfang an über ihre genetische Herkunft und die Art ihrer Entstehung aufzuklären, was ja Voraussetzung der Einholung von Auskünften und Information ist, dürfte sich zumindest in Österreich noch in Grenzen halten. In anderen Ländern wie in Skandinavien oder den USA, in denen Eizell- und Samenspende schon seit längerem etabliert sind, scheint sich die Lage bezüglich der sog. „Open-Identity-Donation“ – also die Offenlegung der genetischen Herkunft – derzeit weltweit zu verändern, insbesondere wenn homosexuelle Männer an der Familiengründung beteiligt sind.³⁹ Internationale Websites wie FSDW

³⁶ K. TORDY/J. RIEGLER: Psychologische Aspekte der Eizellspende (2014), S. 251–256. Vgl. auch die vielen mir vorliegenden Erfahrungsberichte aus psychosozialen Beratungsstellen.

³⁷ Vgl. H. KENTENICH u.a.: Aktueller Stand der Reproduktionsmedizin (2016), S. 79. Verwiesen sei auch auf eine aktuelle Studie von Schweizer Kardiologen aus dem Jahr 2015, die IVF *per se* als einen gewichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen schon bei Kindern und Jugendlichen bezeichnen. Vgl. dazu <http://dgk.org/daten/Rexhaj-IVF.pdf> (Download vom 10.2.2017).

³⁸ Vgl. K. J. LEBERSORGER: Wunschkinder (2016), S. 33–41.

³⁹ Vgl. T. FREEMAN/V. JADVA/E. TRANFIELD/S. GOLOMBOK: Online Sperm Donation (2016), S. 2082–2089. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412344> (Download vom 17.2.2017).

(Free sperm donations worldwide) werben aktiv damit, Kinder bereits vor der gesetzlich festgelegten Auskunftspflicht zu informieren und somit die Anonymisierung der Spende zu durchbrechen.⁴⁰

Die Studien der Familienforscherin SUSAN GOLOMBOK zeigen jedoch auch, dass eine langsam steigende *Aufklärungsbereitschaft* keineswegs in jedem Fall zu einer tatsächlichen Aufklärung von Spenderkindern führt. Auch wenn derzeit noch zuverlässige Daten fehlen, vermutet GOLOMBOK aufgrund vieler Erfahrungsberichte, dass es häufig bei der *Planung* der Aufklärung bleibt bzw. sich die Aufklärung auf eine Teilinformation bezüglich der Existenz der IVF-Technologie generell beschränkt.⁴¹ Der Versuch, die traditionelle Familienstruktur zu kopieren und das Geheimnis um die genetische Herkunft eines Kindes um jeden Preis zu wahren, schafft für Spenderkinder oft erhebliche psychische Belastungen: Insbesondere die systemische Familienforschung und die Psychoanalyse machen darauf aufmerksam, dass Geheimnisse jeder Art einzelne Familienmitglieder aneinander binden, während andere von diesem Geheimnis ausgeschlossen bleiben. Das Problem liegt also nicht in der genetisch fremden Herkunft an sich, sondern in der Unklarheit und der daraus entstehenden Unsicherheit bestehender Bindungen in der sozialen Familie, in der das Kind aufwächst. Dass es unabdingbar für die eigene Identitätsentwicklung ist, ein sinnvolles Narrativ bezüglich des eigenen Gewordenseins zu finden, ist aus der Adoptionsforschung seit langem bekannt. Auch für Spenderkinder stellt sich diese Herausforderung, wenn auch auf eine etwas andere Art und Weise.⁴² Eine möglichst frühe und altersgerechte Aufklärung ist daher sinnvoll und notwendig, pädagogische Behelfe dazu existieren.⁴³

⁴⁰ <http://www.free-sperm-donations.com/> (Download vom 20.2.2017).

⁴¹ Vgl. S. GOLOMBOK: *Modern families* (2015), S. 101. Auch Andreas Bernard berichtet in seinem Buch *Kinder machen* über das Fehlen von repräsentativem Forschungsmaterial bzw. über Erfahrungsberichte aus der Praxis, die nach wie vor eine starke Tabuisierung des Themas belegen. Vgl. A. BERNARD: *Kinder machen* (2014), S. 96.

⁴² So werden Spenderkinder im Vergleich zu Adoptivkindern beispielsweise nicht „weggegeben“.

⁴³ Vgl. die 2009 und 2011 erschienenen Kinderbücher von PETRA THORN, *Die Geschichte unserer Familie*. Die Aufklärung verhindert falsche und beängstigende Phantasien von Kindern bezüglich ihrer eigenen Herkunft, ist also sehr sinnvoll. Zu warnen ist jedoch auch vor einem nicht altersgerechten Überangebot von Information, z.B. im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Embryonen, also potentiellen Geschwisterkindern. Phantasien vom „eingefrorenen Eisbärenbruder“ verursachen bei kleinen Kindern unnötige Ängste. Vgl. die Erfahrungsberichte von österreichischen Sozialberaterinnen auf der GAIMH-Tagung von 2017 in Wien.

2 Theologisch-ethische Anmerkungen zu Egg Freezing

Nach Abklärung der wesentlichen rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Eckpfeiler von Egg Freezing und Eizellspende in Österreich soll im folgenden Kapitel die ethische Diskussion im Vordergrund stehen. Dabei soll insbesondere der spezifische Beitrag *theologischer* Ethik bezüglich Egg Freezing markiert werden. Warum Egg Freezing?

Egg Freezing der eigenen Eizellen ist ethisch gesehen weit unproblematischer als Eizellspende. Es ist weder mit der Problematik der Ausbeutung von Frauen noch mit medizinisch außergewöhnlich hohen Risiken verbunden. Außerdem werden Eizellen kryokonserviert, nicht Embryonen. Was sollte ethisch fragwürdig sein, seine eigenen Eizellen in jungen Jahren kryokonservieren zu lassen und sie erst dann zu benutzen, wenn eine Situation eingetreten ist, welche die Gründung einer Familie als wohlüberlegtes Unternehmen erscheinen lässt? Ließe sich ein solches Vorgehen nicht sogar als verantwortlicher Umgang mit der Gabe des Lebens im Sinne von GS 50 interpretieren, wenn hier doch das Wohl des Kindes als auch das Wohl der Eltern berücksichtigt wird – vorausgesetzt, die medizinischen Risiken später Mutterschaft wären minimiert? Könnte Egg Freezing also Ausdruck verantworteter Elternschaft sein, zumal dann, wenn die Eizellen in Zukunft möglicherweise aus Hautzellen gewonnen werden könnten, also keinerlei invasive Eingriffe mehr erforderlich wären?⁴⁴

Der Hinweis auf die generelle Ablehnung der extrakorporalen Formen der ART durch das römisch-katholische Lehramt, die ja beim Egg Freezing vorausgesetzt wird, ist in Auseinandersetzung mit einer säkularen Gesellschaft wohl kaum ausreichend. Es ist auch nicht angemessen, Frauen (und konsequenterweise auch Männern) ein Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper abzuerkennen oder die Fähigkeit zur Verantwortung bezüglich reproduktiver Entscheidungen generell in Frage zu stellen bzw. mit der Heiligkeit und Unantastbarkeit des Lebens bzw. von Eizellen und Samenzellen zu argumentieren, was weder den Aussagen des Zweiten Vatikanums in *Gaudium et Spes* noch dem Stand der theologisch-ethischen Diskussion heute entspricht. Was also ist theologisch-ethisch gegen Egg Freezing einzuwenden? Bedeutet die Methode nicht tatsächlich einen Zugewinn für die reproduktive Autonomie von Frauen (und vielleicht auch von Männern)?

⁴⁴ Vgl. O. HIKABE et al.: Reconstitution *in vitro* of the entire cycle of the mouse female germ line (2016), S. 299–303 <http://www.nature.com/nature/journal/v539/n7628/full/nature20104.html> (Download vom 28.2.2017).

2.1 Noch einmal: Die reproduktive Autonomie von Frauen

Im säkularen bioethischen Diskurs wird an dieser Stelle stets eingewendet, dass für die ethische Beurteilung zwischen einer medizinischen und einer sozialen Indikation unterschieden werden müsse.⁴⁵ So einleuchtend diese Unterscheidung zunächst sein mag, so deutlich ist sie doch auch mit zwei typisch weiblichen Geschlechterstereotypen⁴⁶ verbunden: Die junge Krebspatientin, die sich mit einer schweren Diagnose konfrontiert sieht und ihre Eizellen vorbeugend kryokonservieren lässt, bringt in einer ohnehin schwierigen persönlichen Situation ein zusätzliches gesundheitliches Opfer im Hinblick auf zukünftige Familiengründung und ist damit moralisch in jedem Fall entlastet. Die junge gesunde Karrierefrau, die aus rein sozialen Gründen dieselbe Methode in Anspruch nimmt, steht dagegen unter dem Verdacht, egoistisch-unverantwortlich zu handeln. Im besten Fall ist sie Opfer von gezielter, aus der Chefetage z.B. von Facebook gesteuerter Fehlinformation bezüglich einer Präventivstrategie für Fertilität. Die junge Karrierefrau muss daher vor drohender Ausbeutung geschützt werden. Was jedoch, wenn man auch ihr Entscheidungsmacht *und* individuelles Verantwortungsbewusstsein zugesteht?

Verteidiger des Social Egg Freezing haben eingewendet, dass der Aufschub des Kinderwunsches bei Nichtvorhandensein eines Partners/einer Partnerin bzw. in einer möglicherweise unsicheren beruflichen und finanziellen Situation Ausdruck einer reflektierten und reifen Entscheidung sein könne.⁴⁷ Auch das „Risiko“ der späten Mutterschaft, die hier sozusagen mutwillig im Namen der Karriere in Kauf genommen wird, ist nicht unbedingt *der* argumentative Trumpf gegen Social Egg Freezing. Nicht allein das biologische Alter einer Frau ist entscheidend, sondern ihre individuelle Verfassung. Je nach sozioökonomischem Status kann eine Frau höheren Alters physisch gesünder und psychisch reifer sein als eine jüngere Frau.⁴⁸ Die Zurückweisung von Social Egg Freezing mithilfe einer generellen Diskriminierung älterer Frauen in den ART kann also wohl kaum ein befriedigendes Ergebnis der Debatte sein, zumal analog für Männer die Risiken später Vaterschaft gar nicht erst diskutiert werden. Die Grenze „medizinisch“ versus „sozial“ stellt sich wieder einmal – wie so oft in der Reproduktionstechnologie – als fließend dar, und die Darstellung

⁴⁵ Vgl. J. SAVULESCU/I. GOOLD: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons (2008), S. 32–35; s.a. K. HARWOOD: Egg Freezing (2009), S. 39–46.

⁴⁶ Vgl. L. J. MARTIN: Anticipating Infertility (2010), S. 526–545.

⁴⁷ Vgl. G. PENNING: Ethical aspects of social freezing (2013), S. 521–523.

⁴⁸ So argumentieren beispielsweise S. BERNSTEIN und C. WIESEMANN in dem bereits erwähnten Artikel.

von Social Egg Freezing als „Lifestyle-Maßnahme“ enthält bereits die moralische Bewertung. Die theologische Ethik tut daher m.E. gut daran, sich daher nicht in den Chor derjenigen einzureihen, welche die beruflichen Ambitionen junger Frauen von vornherein als „verdächtig“ verurteilen.

Sie wird jedoch bei allem Respekt vor der Entscheidungshoheit von Frauen bezüglich Egg Freezing die Frage nach dem Zugewinn an reproduktiver Autonomie nicht einfach mit einem simplen „Ja“ beantworten können. Zwar haben Frauen aus medizinethischer Sicht ein Selbstbestimmungsrecht über ihren eigenen Körper, was auch das Recht beinhaltet, über die eigenen Eizellen zu verfügen.⁴⁹ Doch ist diese typisch amerikanisch/angelsächsische „Logik des Verfügens“ und – in gesteigerter Form – die „Logik des Eigentums“⁵⁰ neben Einwänden aus Sicht kantianischer Ethik auch vom theologisch-ethischen Standpunkt her durchaus kritikwürdig: Den eigenen Körper bzw. seine „reproduktiven Einzelteile“ aus ihren Zusammenhängen zu lösen, zu fragmentieren und möglicherweise (bei der Eizellspende) unter dem Aspekt kommerzialisierbaren Eigentums zu betrachten, widerspricht der Ganzheitlichkeit des christlichen Menschenbildes und schafft einen Dualismus, der aus Sicht theologischer Ethik wie auch aus feministischer Sicht und hier insbesondere im feministischen Körperdiskurs immer wieder zu Recht kritisiert wird. Die Nachwirkungen von DESCARTES' Vorstellung vom Menschen als einer Maschine, deren Teile vom Ganzen problemlos ablös- und ersetzbar sind, sind gerade in der Reproduktionsmedizin deutlich spürbar. Dieses Menschenbild versöhnt Frauen nicht mit ihrem Körper und dessen drohender Infertilität, sondern verschärft im Gegenteil noch die Entfremdung und Abspaltung von ihm.

Abgesehen von der medizinischen Information, dass das derzeitige Durchschnittsalter von Frauen, die sich für Egg Freezing entscheiden, derzeit zu hoch ist (37 Jahre), um die Methode als echte Prävention gelten zu lassen, müssen angehende Konsumentinnen von Egg Freezing rechtzeitig – am bes-

⁴⁹ CH. LENK: Gibt es das Recht auf Eigentum am eigenen Körper? (2008), S. 13–22.

⁵⁰ So argumentiert die feministische Medizinethikerin Donna Dickenson, dass die Vorstellung, der eigene Körper bzw. zumindest Körpermaterialien wie Eizellen seien von Frauen als ihr Eigentum zu betrachten, längst fälliger Ausdruck emanzipatorischer Selbstaneignung sei. Das Argument ist nicht von der Hand zu weisen, denn geschichtlich gesehen waren Frauen und das Ergebnis ihrer „reproduktiven Arbeit“ – das ausgetragene Kind – lange Eigentum ihres Besitzers (Dickenson verweist auf das historische Beispiel Athen). Die Proklamation von Körpermaterialien oder auch des gesamten Körpers als eine Art zurückeroberten Eigentums erscheint hier nur als logische Folge der Emanzipation. Dickenson selbst macht allerdings auf die Gefahr aufmerksam, die der Eigentumslogik zugrunde liegt: Eine zunehmende Legitimierung kommerzialisierter Reproduktionstechnologie, die ihren Gipfel in der feministischen Legitimierung der Leihmutterchaft erreicht. Vgl. D. DICKENSON: Property in the Body (2007).

ten schon gegen Ende der Schulzeit bzw. zu Beginn einer Ausbildung – darauf hingewiesen werden, dass die Chefetagen von Apple, Facebook & Co keineswegs dem hehren Ziel der reproduktiven Autonomie von Frauen verpflichtet sind, sondern vielmehr dem Ziel der Umsatzsteigerung mittels Anpassung der Erwerbsbiographie weiblicher Angestellter. Autonomie beinhaltet prinzipiell ein Abwehrrecht gegenüber solchen Eingriffen in die private Familienplanung. Eine feministische Hermeneutik des Verdachts gegenüber Werbeeinschaltungen, die in „autonomiehaltiger“ Sprache verfasst sind, erscheint unter den neoliberalen Bedingungen der Reproduktionsmedizin daher dringender angebracht denn je.

2.2 Die Kehrseite der Medaille: Die Vulnerabilität aller beteiligten Personen als notwendiges ergänzendes Korrektiv von reproduktiver Autonomie

Reproduktive Autonomie ist nur *eine* Seite der Medaille. Ein möglicher Beitrag einer dezidiert *theologischen* Ethik könnte es sein, wieder verstärkt auf die *andere* Seite der *Conditio humana* hinzuweisen, die sich in Begriffen wie „Fragilität“, „Kontingenz“ und neuerdings auch im Begriff der „Verwundbarkeit“ niederschlägt.⁵¹ Das Versprechen einer absoluten Planbarkeit der eigenen Zukunft bzw. der totalen Kontrollierbarkeit des eigenen Körpers oder der totalen Kontrollierbarkeit eines Kindes im Namen reproduktiver Autonomie ist als pseudoreligiöses Heilsversprechen zu kennzeichnen, das von keiner noch so verbesserten Reproduktionstechnologie einlösbar ist.

Dieses Versprechen wird heute jedoch nicht nur im Konfliktfeld des Social Egg Freezing und der Eizellspende gemacht. Es taucht vermehrt auch in anderen Zusammenhängen auf, so beispielsweise unter dem Vorzeichen des „Co-Parenting“ auf sog. „Connection Websites“, also dem privaten Zusammenschluss einzelner Individuen mit dem Ziel gemeinsamer Elternschaft für ein Kind mittels Samen- oder Eizellspende.⁵² Auch hier wird suggeriert, dass

⁵¹ Im Gegensatz zur theologisch begründeten Rede vom Leben als Gabe und der damit assoziierten Passivität ist Vulnerabilität in meinen Augen anschlussfähiger an einen säkularen Diskurs. Der Begriff entstammt der Armutsforschung und Entwicklungspolitik und ist durch die Arbeiten von Hildegund Keul auch in der Theologie angekommen; vgl. <http://vulnerabilitaetsdiskurs.de/vulnerabilitaetsdiskurs> (Download vom 28.2.2017). Er kennzeichnet die Verwundbarkeit des Menschen als Teil der *Conditio Humana* und wird mittlerweile auch in der Ethik diskutiert, vgl. C. MACKENZIE/W. ROGERS/S. DODDS (eds.): *Vulnerability* (2013). Arbeiten bezüglich Reproduktionsmedizin stehen aber meines Wissens noch aus.

⁵² „Co-parents are men and women who are not in a relationship with each other creating and

ein Kind bzw. die gemeinsame Sorge für dieses Kind in allen Lebensphasen lediglich eine Frage guter Planung und damit Ausdruck von reproduktiver Selbstbestimmung aller Beteiligten sei. Die Wirklichkeit sieht jedoch anders aus: Auch Befürworter einer weiteren Liberalisierung der ART melden im Hinblick auf das Kindeswohl und angesichts einer Realität, in der sich so manches Arrangement der Co-Parents als schlicht nicht durchführbar erweist oder auch willkürlich unter dem Eindruck einer neuen Situation aufgekündigt wird, mittlerweile Bedenken an.⁵³ Weder der Akt der Fortpflanzung selbst noch die „Ausstattung“ des daraus hervorgehenden Nachwuchses nach Maßgabe seiner genetischen und sozialen Eltern noch die anschließende gemeinsame Kindererziehung ist wirklich ganz und gar planbar. Sie ist auch keine Eintrittskarte zu persönlichem Glück.

Die alleinige Betonung von persönlicher Selbstbestimmung als leitendem Prinzip der gesamten Reproduktionstechnologie lässt die Wirklichkeit der Vulnerabilität außer Acht: Verwundbar sind im Falle der ART nicht nur die Kinder, für die Eltern Sorge zu tragen haben und die auf stabile Bindungen angewiesen sind, sondern auch die an der Entstehung der Kinder beteiligten Erwachsenen selbst. Kein noch so ausgedehntes genetisches Screening, kein noch so ausführliches Gespräch bezüglich der psychosozialen Motivation des eigenen Kinderwunsches kann von dieser Realität dispensieren. Eltern-Kind-Beziehungen werden zwischen selbstbestimmten *und* verwundbaren Menschen gelebt. Im Falle der Connection Websites können beispielsweise Krankheiten auftreten, die in den Arrangements vorher unmöglich berücksichtigt werden konnten; Beziehungen können zerbrechen, die alle Beteiligten für stabil gehalten haben. Gelingendes Leben lässt sich nach bestem Wissen und Gewissen *gestalten*, aber nicht hundertprozentig durch Planung *in den Griff bekommen*. Dies ist kein normatives Argument gegen einzelne Technologien der ART, aber eine notwendige Warnung an all diejenigen, welche diese Realität des Menschseins gerne ausblenden.⁵⁴

Das „Wunschkind“ muss – so gesehen – immer ein Traum bleiben. Es ist – trotz Eizellspende und einer liberalisierten Anwendung der Selektionstechnologien – nicht erzeugbar, schon gar nicht nach Maß- und Vorgabe der

raising a child together“ lautet die Definition dieses neuen Elternschaftskonzeptes des 21. Jahrhunderts, siehe Websites wie FSDW (Free Sperm Donations Worldwide). Im deutschen Bereich ist www.familyship.de zu nennen.

⁵³ Sehr bemerkenswert z.B. A. RAVELINGIEN/V. PROVOST/G. PENNING: Creating a family through connection websites and events: ethical and social issues (2016), S. 522–528.

⁵⁴ Heike Springhart spricht von einem anthropologischen Realismus, vgl. H. SPRINGHART: Der verwundbare Mensch (2016), hier: S. 213.

Wünsche und Präferenzen seiner zukünftigen Mutter bzw. Eltern. Daran zu erinnern erscheint angesichts der Versprechungen der ART als fundamental. Es gilt im Übrigen nicht nur für Kinder, die mittels Kryokonservierung und Eizellspende gezeugt wurden, sondern für *alle* Kinder.

Da Kinder generell als besonders vulnerable Personengruppe gelten, ist zu überprüfen, ob ihr Wohl – und zwar auf den verschiedenen Ebenen der Kinderrechtskonvention der UNO – in der Reproduktionsmedizin auch wirklich berücksichtigt wird und zwar unter realistischen Konditionen – nicht ausschließlich in der illusionären Traumwelt der Erwachsenen. Der damit verbundene radikale Perspektivenwechsel von den Wünschen der Erwachsenen hin zum Kindeswohl und den damit verbundenen Rechten müsste im Hinblick auf die ART genauer durchbuchstabiert werden. Hier müsste beispielsweise auch das Recht von Kindern argumentativ entfaltet werden, bedingungslos und gerade auch in ihrer Fremdheit angenommen zu werden – „*sine conditione*“ – im Gegensatz zu der von der ART unterstützten Elternschaft „*sub conditione*“, der Annahme eines Kindes nur unter bestimmten Voraussetzungen.⁵⁵ Dass die theologische Ethik vor dem Hintergrund der Metapher der Gotteskindschaft hier einen ganz eigenen Beitrag leisten könnte, liegt auf der Hand. Der Verweis auf das Kindeswohl darf aber nicht als strategischer Vorwand für ideologisch fundierten religiösen Fundamentalismus missbraucht werden – eine Gefahr, die angesichts konservativer religiöser Kreise nicht von der Hand zu weisen ist.⁵⁶ Es wäre also genauer zu beleuchten, ab welchem Zeitpunkt und inwiefern das Argument der Vulnerabilität für das Kindeswohl in der Debatte um die Reproduktionsmedizin fruchtbar gemacht werden könnte und wo es möglicherweise auch seine Grenzen hat. Genauere Forschungsarbeiten diesbezüglich stehen noch aus. Dennoch darf fürs Erste einmal behauptet werden, dass Reproduktionsmedizin aus der Perspektive von Kindern wohl anders aussähe.

2.3 Reproduktive Autonomie und Vulnerabilität von Männern

Bei all dem bisher Gesagten über die reproduktive Autonomie von Frauen und ihre Verfügungsrechte bzw. bei der Berücksichtigung der Vulnerabilität als ergänzendem Korrektiv und Gegengewicht im Autonomiediskurs war bisher

⁵⁵ Vgl. H. HAKER: Ethik der genetischen Frühdiagnostik (2002), S. 99.

⁵⁶ Vgl. G. PENNINGS: Gleichgeschlechtliche Elternschaft und das moralische Recht auf Familiengründung, in: D. Funcke/P. Thorn (Hg.): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern (2010), S. 225–249.

kaum von Männern die Rede. Tatsächlich scheint, wie oben bereits bei der Analyse der Website beschrieben, die Beteiligung von Männern am Projekt Fortpflanzung auch im 21. Jahrhundert minimal zu sein. Sie werden bei der Werbung für Social Egg Freezing lediglich für den Bruchteil einer Sekunde erwähnt und ihre Nicht-Erwähnung fällt zunächst kaum auf, ist lediglich für die aufmerksame Beobachterin erkennbar. Laut Studien ist das mangelnde bzw. sehr späte Interesse von vielen Männern an Familiengründung jedoch eine der Hauptursachen für die Verschiebung der Erfüllung des Kinderwunsches von Frauen. Spielen Männer im 21. Jahrhundert also tatsächlich nur mehr eine negative bzw. gar keine Rolle mehr für die Familiengründung?

Warum wollen offensichtlich viele Männer der westlichen Welt keine Kinder oder oft erst in fortgeschrittenem Alter? Sind sie bindungs- und beziehungsunfähig geworden? Die Männerforschung macht aufmerksam, dass die Zurückhaltung von Männern bei der Umsetzung des Kinderwunsches viel mit den stark gestiegenen Erwartungen an den Mann des 21. Jahrhunderts zu tun haben: Er soll in einer leistungsbetonten Arbeitswelt nicht nur erfolgreicher Ernährer und verständnisvoller Partner, sondern gleichzeitig auch liebevoller Vater seiner Kinder sein. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – Stichwort Väterkarenz – sehen eine Dreifachbelastung in nur sehr beschränktem Ausmaß vor. Viele junge Männer fühlen sich – so eine Erklärung psychoanalytischer Ansätze – diesen Ansprüchen kaum mehr gewachsen und verweigern die Vaterschaft bzw. schieben sie so lange als möglich hinaus.⁵⁷ Auch hier ist der sozialökonomische Kontext von reproduktiven Entscheidungen also mit zu bedenken.

In jüngster Zeit sind in der sozialwissenschaftlichen Literatur verstärkt Bemühungen zu verzeichnen, die Rolle von Männern für das Projekt Kinder noch genauer zu beleuchten. Schließlich ist mittlerweile davon auszugehen, dass Männer im gleich hohen Maße wie Frauen von der Diagnose Infertilität betroffen sind. Auch ihr Altersdurchschnitt bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung ist wie bei den Frauen deutlich angestiegen, nämlich von 35,1 Jahren (1997) auf 38,6 Jahre (2013).⁵⁸ Ob und inwiefern auch Männer sozialen Druck spüren, Vater zu werden, um ihre Männlichkeit unter Beweis zu stellen, ist wenig bekannt. Der Fokus der Forschung rund um das Thema Reproduktionsmedizin liegt praktisch ausschließlich auf Frauen.

⁵⁷ Vgl. J. CH. AIGNER: *Der ferne Vater* (2013).

⁵⁸ Vgl. H. KENTENICH u.a.: *Aktueller Stand der Reproduktionsmedizin* (2016), S. 77.

Vereinzelt wird dennoch vor allem in den USA und in Skandinavien männliche Infertilität und die Rolle von Männern für die Reproduktionsmedizin untersucht.⁵⁹ Die meisten Studien konzentrieren sich dabei auf die Rolle von Männern als Samenspender und untersuchen ihre verschiedenen Motivationen, die von Geldnot bis hin zu altruistischen Motiven oder dem Wunsch reichen, das eigene genetische Material an die Nachwelt weiterzugeben. Manchmal ist die Samenspende auch ein Ersatz für eigene Familiengründung, die aus finanziellen oder sozialen Gründen unmöglich ist.⁶⁰

Die Figur des Mannes als Samenspender ist ambivalent: Aristotelisch geprägte Schöpfungstheorien von der Virilität des Mannes, die sich in seiner Tätigkeit als Schöpfer und Erzeuger neuen Lebens beweist, mischen sich mit der oft unklaren Rolle des Mannes in der Realität des von ihm stammenden Kindes. Studien in den USA und in Deutschland legen nahe, dass zumindest heterosexuelle Männer als Samenspender gerne anonym bleiben wollen.⁶¹ Liegt dies daran, dass der Mann als Samenspender eine „gefährliche Figur“ ist, welcher die Einheit der auf diese Art und Weise neu entstandenen und fragilen Familienkonstellation in besonderem Maße bedroht?⁶² Liegt es an klassischen Geschlechterstereotypen, die Männern bei der Vaterschaft zwar Interesse an einem relativ abstrakt verstandenen genetischen Fortleben, aber nicht Interesse an ihrem konkreten Nachwuchs unterstellen?

Was Männer über die Prozedur der IVF generell denken und wie sie die im Rahmen der IVF-Behandlung erforderliche kontrollierte Sexualität und Masturbation wahrnehmen, ist wenig bekannt. Keine der Studien, welche in letzter Zeit zum Thema erschienen sind, verzichtet auf die obligatorische Eingangs- oder Schlussbemerkung, dass die leibliche Realität von Männern in diesem Kontext nach wie vor *Terra incognita* sei.⁶³

Ein Blick auf den Körperdiskurs über Männlichkeit verweist aber auch hier auf die wachsende Erkenntnis der Bedeutung von Vulnerabilität, die sich gerade anhand von IVF und ICSI zeigt. Statt des „gesunden Männerkörpers“, der symbolisch im Bild der Spermienflut präsent ist, ist es jetzt die Jagd

⁵⁹ Eine der ersten Studien war die von C. R. DANIELS: *The Science and Politics of Male Reproduction* (2006).

⁶⁰ Vgl. P. THORN/T.KATZORKE/K.DANIELS: *Semen donors in Germany* (2008), S. 2415–2420. In diesem Artikel finden sich viele weitere Studien zur Motivation von Samenspendern. <https://academic.oup.com/humrep/article/23/11/2415/2914062/Semen-donors-in-Germany-A-study-exploring> (Download vom 24.2.2017).

⁶¹ Vgl. T. FREEMAN et. al: *Online sperm donation* (2016); vgl. auch P. THORN, ebd.

⁶² Vgl. A. BERNARD: *Kinder machen* (2014), S. 83.

⁶³ Vgl. K. ZEHNDER: *Der Mann im Sperma* (2014), S. 111–126.

nach dem selten gewordenen Spermium, das aufgrund seiner Geschwindigkeit und nach Qualitätskontrolle durch den Arzt zur Fertilisierung beitragen darf. Auch bei Männern hat also – wie in der feministischen Literatur in Bezug auf Frauen schon lange und immer wieder von neuem festgestellt – eine Medikalisierung stattgefunden, allerdings meist unbemerkt und unkommentiert. Der Männerkörper erscheint in der Reproduktionsmedizin nicht mehr als kraftstrotzender, sondern als verwundbarer Körper, der kontrolliert und diszipliniert werden muss.⁶⁴ Hegemoniale Männlichkeit sieht anders aus und die Weiterentwicklung des feministischen Körperdiskurses hin zur Genderforschung ist unschwer zu erkennen. In ihrer Verwundbarkeit sind Männer und Frauen mehr oder weniger gleich.⁶⁵ Dies sollte angesichts der Dominanz des Autonomiediskurses zu denken geben und lenkt einmal mehr den Blick auf die politischen und sozialen Rahmenbedingungen, unter denen reproduktive Autonomie heute stattfindet. Diese Rahmenbedingungen zu verändern, um Frauen *und* Männern tatsächlich mehr Freiheit im Hinblick auf Familiengründung und auf ein gutes Familienleben mit Kindern zu ermöglichen, erscheint nach wie vor und mehr denn je als nicht eingelöstes Desiderat. Sozialethische Debatten über Grundeinkommen oder neue Pensionsmodelle sind langwierig und mühsam. Websites wie die eingangs zitierte und neuerdings auch im deutschsprachigen Raum stattfindende Kinderwunschmessen bieten eine scheinbar schnellere Lösung an. Sie tragen jedoch zu einer notwendigen sozialen und politischen Veränderung rein gar nichts bei, im Gegenteil: Sie profitieren vom Status Quo und stabilisieren ihn.

Zusammenfassung

WALSER, ANGELIKA: **Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität. Theologisch-ethische Anmerkungen zu (Social) Egg Freezing/Eizellspende.** ETHICA 25 (2017) 3, 243–267

Der folgende Beitrag analysiert eine US-amerikanische Website, die ihren Userinnen mittels Egg Freezing und Eizellspende eine Präventionsstrategie gegen drohende Infertilität anbietet und lotet auf diese Art und Weise den sozialen/kulturellen Kontext reproduktiver Entscheidungsfindung

Summary

WALSER, ANGELIKA: **Between reproductive autonomy and vulnerability. Commenting (social) egg freezing/egg donation from the view of theological ethics.** ETHICA 25 (2017) 3, 243–267

The author's contribution starts by analyzing an American website offering egg freezing and egg donation to young women who are searching for a prevention strategy against age-related infertility, thus outlining the social and cultural context of reproductive decision-making and reproductive au-

⁶⁴ Vgl. A. KAMPF: Tales of healthy men (2012), S. 20–36.

⁶⁵ Vgl. R. ALMELING/M. R. WAGGONER: More and less than equal (2013), S. 821–842.

und reproduktiver Autonomie aus. Vor dem Hintergrund eines relationalen Autonomiebegriffs werden nach einem Überblick über die medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen von Egg Freezing und Eizellspende in Österreich theologisch-ethische Bedenken gegen Social Egg Freezing formuliert. Dabei wird die Vulnerabilität als ergänzendes Korrektiv zum allgegenwärtigen Autonomiediskurs und als anschlussfähiges Argument im Dialog mit dem säkularen Bioethik-Diskurs ins Spiel gebracht und gendersensibel entfaltet.

Autonomie, reproduktive
Egg Freezing
Eizellspende
Infertilität
Reproduktionsmedizin
Vulnerabilität

tonomy. Against the background of a relational concept of autonomy an introduction is given into the legal and medical situation of egg freezing and egg donation in Austria and objections are made against social egg freezing from a theological and ethical point of view. As vulnerability is both part of the human condition and compatible with a secular bioethical discourse, it might become a key corrective to the prima facie principle of autonomy and deserves to be developed in a gender-sensitive way.

Autonomy, reproductive
egg donation
egg freezing
infertility
reproductive medicine
vulnerability

L i t e r a t u r

- ACH, JOHANN S./SCHÖNE-SEIFERT, BETTINA: „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*. Münster: Mentis, 2013, S. 42–60.
- ALMELING, RENE/WAGGONER, MIRANDA R.: More and less than equal: How Men Factor in the Reproductive Equation. *Gender & Society* 27 (2013) 6, 821–842.
- ANDERSON, JOEL: Relationale Autonomie 2.0, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*. Münster: Mentis, 2013, S. 61–75.
- PETER BARTH/MARTINA ERLEBACH (Hg): *Handbuch des neuen Fortpflanzungsmedizinrechts*. Wien: Linde Verlag, 2015.
- BECK-GERNSHEIM, ELISABETH: *Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge – Risiken – Nebenwirkungen*. Salzburg/Wien: Residenz Verlag, 2016.
- BERNARD, ANDREAS: *Kinder machen. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie*. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 2014.
- BERNSTEIN, STEPHANIE/WIESEMANN, CLAUDIA: Should Postponing Motherhood via “Social Freezing” Be Legally Banned? An Ethical Analysis. *Laws* 3 (2014), 282–300.
- COBO, A./SERRA, V./GARRIDO, N. et al.: Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes. *Fertility and Sterility* 102 (2014), 1006–1015.
- DE BEAUVOIR, SIMONE: *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Hamburg: Rowohlt, 2003.
- DANIELS, CYNTHIA R.: *The Science and Politics of Male Reproduction*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

- DICKENSON, DONNA: *Property in the Body*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- FIRESTONE, SHULAMIT: *Frauenbefreiung und sexuelle Revolution. „The Dialectic of Sex“*. Deutsche Erstausgabe. Frankfurt a. M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag, 1975.
- FREEMAN, T./JADVA, V./TRANFIELD E., AND GOLOMBOK, S.: Online Sperm Donation: A survey of the demographic characteristics, motivations, preferences and experiences of sperm donors on a connection website. *Human Reproduction* 31 (2016) 9, 2082–2089.
- GOLOMBOK, SUSAN: *Modern families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.
- HAKER, HILLE: *Ethik der genetischen Frühdiagnostik. Sozialethische Reflexionen zur Verantwortung am Beginn menschlichen Lebens*. Paderborn: Mentis, 2002.
- Feministische Bioethik, in: Marcus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.): *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2002, S. 168–183.
- Kryokonservierung von Eizellen – Neue Optionen der Familienplanung? Eine ethische Bewertung. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62 (2016), 121–132.
- HARWOOD, KAREY: Egg Freezing: A Breakthrough for Reproductive Autonomy? *Bioethics* 23 (2009) 1, 39–46.
- HOMERO, F./LEE, J./RODRIGUEZ-PURATA, J./WITKIN, G./SANDLER, B./COPPERMAN, A.: Beauty, Brains or Health. Trends in Ovum Recipient Preferences. *Journal of Women's Health* 10 (2014), 830–833.
- HOSSEINI, SAYYED MORTEZA/HOSSEIN NASR-ESFAHANI, MOHAMMAD: What does the cryopreserved oocyte look like? A fresh look at the characteristic oocyte features following cryopreservation. *Reproductive BioMedicine Online* 32 (2016), 377–387.
- KAMPF, ANTIJE: Tales of healthy men: Male reproductive bodies in biomedicine from ‘Lebensborn’ to sperm banks. *Health* 17 (2012), 20–36.
- KENTENICH, HERIBERT/JANK, ALEXANDER/SIBOLD, CLAUS/TANDLER-SCHNEIDER, ANDREAS: Aktueller Stand der Reproduktionsmedizin. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62 (2016), 75–89.
- LEBERSORGER, KARIN J.: Wunschkinder – Fördernde und hemmende Einflüsse medizinisch assistierter Reproduktion auf die Persönlichkeit- und Beziehungsentwicklung. *neuropsychiatrie* 30 (2016) 1, 33–41.
- LENK, CHRISTIAN: Gibt es das Recht auf Eigentum am eigenen Körper? Ein Beitrag zur Forschungsethik in der kantischen Tradition der Aufklärung. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54 (2008), 13–22.
- LEVE, MICHELLE: Reproductive Bodies and Bits: Exploring Dilemmas of Egg Donation Under Neoliberalism. *Studies in Gender and Sexuality* 14 (2013), 277–288.
- LOKWOOD, GILLIAN/JOHNSON, MARTIN H.: Having it all? Where are we with “social” egg freezing today? *Reproductive BioMedicine Online* 31 (2015), 126–127.
- MACKENZIE, CATRIONA/STOLJAR, NATALIE (ed.): *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. New York/Oxford: Oxford University Press, 2000.
- MACKENZIE, CATRIONA/ROGERS, WENDY/DODDS, SUSAN (eds.): *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- MARTIN, LAUREN JADE: Anticipating Infertility. Egg Freezing, Genetic Preservation, and Risk. *Gender & Society* 24 (2010) 4, 526–545.
- PENNINGS, GUIDO: Ethical aspects of social freezing. *Éthique de la préservation de fertilité sociétale. Gynécologie Obstétrique Fertilité* 41 (2013), 521–523.

- Gleichgeschlechtliche Elternschaft und das moralische Recht auf Familiengründung, in: Dorett Funcke/Petra Thorn (Hg.): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. Bielefeld: Transcript, 2010, S. 225–249.
- RAVELINGIEN, AN/PROVOST, VEERLE/PENNINGS, GUIDO: Creating a family through connection websites and events: ethical and social issues. *Reproductive BioMedicine Online* (2016), 522–528.
- RITZINGER, P./DUDENHAUSEN, JW/HOLZGREVE, W.: Späte Mutterschaft und deren Risiken. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 8 (2011) 8, 112–122.
- RYAN, MAURA A.: Ethics and Economics of Assisted Reproduction. The Cost of Longing. Washington: American University Press, 1994.
- SAVULESCU, JULIAN/GOOLD, IMOGEN: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons. *American Journal of Bioethics* 8 (2008) 6, 32–35.
- SPRINGHART, HEIKE: Der verwundbare Mensch. Tübingen: Mohr Siebeck, 2016.
- THORN, PETRA/KATZORKE, THOMAS/DANIELS, KEN: Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Human Reproduction* 23 (2008) 11, 2415–2420.
- TRALLORI, LISBETH N.: Der Körper als Ware. Feministische Interventionen. Wien: Mandelbaum, 2015.
- TORDY, K./RIEGLER, K.: Psychologische Aspekte der Eizellspende. *Der Gynäkologe* 4 (2014), 251–256.
- WALSER, ANGELIKA: Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Innsbruck: Tyrolia, 2014.
- ZEHNDER, KATRIN: Der Mann im Sperma. Zum Verhältnis von Männerkörpern und männlichen Keimzellen in der Reproduktionsmedizin. *Gender* 1 (2014), 111–126.

Prof. Dr. Angelika Walser, Moralthologie und Spirituelle Theologie,
Fachbereich Praktische Theologie, Universitätsplatz 1, A-5020 Salzburg
Angelika.walser@sbg.ac.at