

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wiesemann)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

ZWISCHEN TECHNIKGLAUBE UND SELBSTBESTIMMUNG

-

Einfrieren von Eizellen gesunder Frauen
in der ethischen Debatte

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der
Medizinischen Fakultät

der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

STEPHANIE BERNSTEIN

aus

Erfurt

Göttingen 2015

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

Berichterstatter/in: Prof. Dr. med. C. Wiesemann

Berichterstatter/in: Prof. Dr. disc. pol. W. Himmel

Berichterstatter/in: Prof. Dr. hum. biol. M. Schön

Tag der mündlichen Prüfung: 14.09.2016

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ART	Assisted Reproductive Technology
ASRM	American Society of Reproductive Medicine
Art.	Artikel
BÄK	Bundesärztekammer
BIS	Best-Interest Standard
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEAS	deutscher Alterssurvey
DGAB	Deutsche Gesellschaft für Angewandte Biostase e.V.
DMSO	Dimethyl-Sulfoxid
DTC	Direct-to-consumer
ESchG	Embryonenschutzgesetz
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
GG	Grundgesetz
IVF	In-vitro Fertilisation
KMI	Kryokonservierung bei medizinischer Indikation
KOMI	Kryokonservierung ohne medizinische Indikation
MII	Metaphase II
PB	Procreative beneficence
PND	pränatale Diagnostik
PID	Präimplantationsdiagnostik
POF	Premature ovarian failure
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RM	Reproduktionsmediziner*innen
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	7
1.1	Fragestellung der Arbeit.....	14
2	Material und Methoden	16
2.1	Empirische Forschung in der Medizinethik	18
2.2	Ethische Positionen in der bioethischen Debatte zu KOMI und Stand der Forschung.....	20
2.2.1	Literaturrecherche	20
2.2.2	Identifizieren der ethischen Argumente	21
2.3	Empirische Datenerhebung.....	22
2.3.1	Design der empirischen Studie	22
2.3.2	Studienkollektiv.....	24
2.3.3	Datenerhebung	25
2.3.4	Datenerfassung.....	26
2.4	Normative Analyse der moralischen Argumente.....	26
2.4.1	Darstellung der Argumente	27
2.4.2	Kohärentistische Analyse	29
2.4.3	Kontextsensitive Ethik zur Integration empirischer Daten	30
3	Ergebnisse.....	33
3.1	Medizinisch-technischer Hintergrund.....	33
3.1.1	Grundlagen Kryokonservierung.....	33
3.1.2	Kryokonservierung von Oozyten	36
3.1.3	Späte Mutterschaft	43
3.2	Auswertung der Studie	47
3.2.1	Soziodemographische Daten.....	48
3.2.2	Fragen zur Praxis des Verfahrens.....	50
3.2.3	Einstellung zu ethischen Aspekten von KOMI	56

3.2.4	Fragen zur rechtlichen Regelung von KOMI	62
3.2.5	Unterschiedliche Bewertungen von KOMI	64
3.2.5.1	Vergleich weiblicher und männlicher Studien-teilnehmer*innen	65
3.2.5.2	Vergleich zwischen Ärzt*innen, die KOMI anbieten, mit denjenigen, die KOMI nicht anbieten	72
3.2.6	Auswertung der Freitextkommentare	78
3.2.7	Zwischenfazit.....	81
3.3	Darstellung von ethischen Positionen zu KOMI	84
3.3.1	Gleichheit.....	86
3.3.1.1	Der Begriff Gleichheit.....	86
3.3.1.2	Zwischenfazit.....	95
3.3.1.3	Gleichheit in der bioethischen Debatte zu KOMI.....	97
3.3.1.4	Zwischenfazit.....	104
3.3.2	Autonomie	105
3.3.2.1	Der Begriff Autonomie.....	106
3.3.2.2	Zwischenfazit.....	117
3.3.2.3	Autonomie im medizinischen Kontext.....	118
3.3.2.4	Zwischenfazit.....	122
3.3.2.5	Reproduktive Autonomie	123
3.3.2.6	Zwischenfazit.....	128
3.3.2.7	Autonomie in der bioethischen Debatte zu KOMI	128
3.3.2.8	Zwischenfazit.....	138
3.3.3	Die ‚natürliche Schwangerschaft‘ – Natürlichkeit, Normalität und späte Mutterschaft.....	139
3.3.3.1	Natürlichkeit und Normalität als normative Kriterien.....	139
3.3.3.2	Alter und Altersdiskriminierung.....	147
3.3.3.3	Zwischenfazit.....	152
3.3.3.4	Natürlichkeit, Normalität und Alter in der bioethischen Debatte zu KOMI..	153

3.3.3.5	Zwischenfazit.....	165
3.3.4	Kindeswohl.....	167
3.3.4.1	Das Argument Kindeswohl	167
3.3.4.2	Ethische Überlegungen zum Kindeswohl in Hinblick auf präkonzeptionelle Entscheidungen.....	169
3.3.4.3	Zwischenfazit.....	184
3.3.4.4	Kindeswohl in der bioethischen Debatte zu KOMI	185
3.3.4.5	Zwischenfazit.....	192
4	Diskussion.....	194
4.1	Aktualität und technische Einschätzung von KOMI	194
4.1.1	Praxis von KOMI.....	194
4.1.2	Stand der Wissenschaft zu KOMI	195
4.2	Ethische Diskussion über KOMI	197
4.2.1	Gleichheit.....	200
4.2.2	Autonomie	204
4.2.3	Natürlichkeit, Normalität und Alter	210
4.2.4	Kindeswohl.....	217
4.3	Regulierungen.....	221
4.4	Forschungsdesiderate	225
4.5	Fazit.....	225
5	Anhang.....	227
5.1	Tabellenverzeichnis	227
5.2	Abbildungsverzeichnis.....	228
5.3	Originalfragebogen.....	230
6	Literaturverzeichnis	236

1 EINLEITUNG

Den eigenen Körper oder zumindest Teile davon einfrieren zu lassen und später wieder funktionsfähig auftauen zu lassen – wer träumte nicht davon? Anhänger*innen¹ der sogenannten Kryonik lassen ihren Körper nach dem Tod in der Hoffnung einfrieren, ihn zu Zeiten besserer medizinischer Versorgung wieder zum Leben erwecken zu können (Deutsche Gesellschaft für Angewandte Biostase e.V. (DGAB) 2015). Solche zugegebenermaßen nach Science Fiction klingenden Szenarien werden wohl auch in Zukunft noch jenseits der gewöhnlichen medizinischen Praxis zu finden sein. Das Einfrieren von humanen Keimzellen und humanem Gewebe hingegen hat schon längst Einzug in die Medizin gefunden, auch wenn es nach wie vor Gegenstand intensiver medizinischer Forschung ist, derzeit etwa mit Blick auf das Einfrieren von Ovarialgewebe (z.B. Andersen et al. 2012; Wallace et al. 2012). Schon vor langer Zeit wurde versucht, Spermien in Eis zu konservieren, seit den 1950er Jahren auch mit zunehmendem Erfolg (Bunge und Sherman 1953). Der Versuch, Eizellen einzufrieren, scheiterte allerdings lange Zeit an deren Größe und Zerbrechlichkeit. Entscheidend für den Erfolg ist dabei nicht der Prozess des Einfrierens der Zelle, sondern der Erhalt ihrer Funktionsfähigkeit nach dem Auftauen. Vor einigen Jahren erschienen aber erste Studienprotokolle mit vielversprechenden Ergebnissen für das Kryokonservieren von Eizellen (Kuwayama et al. 2005). Seitdem das US-amerikanische Unternehmen *Extend Fertility* das Einfrieren von Eizellen (*egg freezing*) kommerziell betreibt und bewirbt, wird dem Verfahren auch

¹ In einer geschlechtergerechten Sprache sollen sowohl Frauen und Männer als auch jene, welche sich nicht dem binären Geschlechtersystem zuordnen, sprachlich repräsentiert werden. Bei der Verwendung des generischen Maskulinums besteht die Gefahr, dass in der Pluralform bei gemischten Personengruppen, beispielsweise bei Berufsbezeichnungen wie „den Ärzten“, die weiblichen Personen und diejenigen, die sich nicht einem der beiden Geschlechter zuordnen wollen, nicht mitgedacht werden (Irmen und Steiger 2006). Studien bestätigen diese Annahme (Stahlberg und Sczesny 2001; Gabriel und Mellenberger 2004). Ich werde in dieser Arbeit deshalb die Form des Asterisk (*) und Neutralisierungen wie „medizinisches Personal“ oder „Personen“ verwenden. Ein häufig vorgebrachter Einwand, dass geschlechtergerechte Sprache die Lesbarkeit verringere, konnte in einer Studie von Braun et al. sowohl in Bezug auf subjektive als auch auf objektive Kriterien der Lesbarkeit entkräftet werden (Braun et al. 2007). Da ich ein reproduktionsmedizinisches Thema aus geschlechtersensibler Perspektive bearbeite, werde ich allerdings häufig zwischen männlich und weiblich unterscheiden. Innerhalb feministischer Theorien wird mit dem binären Geschlechterkonzept gearbeitet, um auf strukturelle Missstände in der Gleichbehandlung zwischen dem sozialen Geschlecht Mann und Frau hinzuweisen. Weiterhin ist eine Unterscheidung von männlich und weiblich in Bezug auf den reproduktiv weiblichen und auf den reproduktiv männlichen Körper geboten. Ich verwende die Bezeichnung männlich und weiblich in dieser Arbeit, um strukturelle Missstände in der Gleichbehandlung zu adressieren oder um mich auf den Unterschied hinsichtlich des Fortpflanzungssystems zu beziehen. Ich verwende die Bezeichnung Frau/Mann für diejenigen Personen, welche sich einer der beiden Kategorien zuordnen.

gesteigerte mediale Aufmerksamkeit zuteil (Extend Fertility 2015). Häufig wird in diesem Zusammenhang in den Medien, zunehmend aber auch in der Fachpresse, von *social freezing* gesprochen. Mit diesem Ausdruck wird das Einfrieren von Eizellen bei gesunden² gebärfähigen Frauen bezeichnet. Diese Eizellen können dann zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgetaut und nach künstlicher Befruchtung zur Erzeugung einer Schwangerschaft in die Gebärmutter eingesetzt werden. Auch wenn das Einfrieren von Ovarialgewebe bezüglich der Erfolgchancen noch weit hinter den Erwartungen der Kryokonservierung von Eizellen zurückbleibt, berührt die Technik die gleichen ethischen Fragestellungen und unterscheidet sich hinsichtlich der ethischen Bewertung nicht von *egg freezing*.

Mittlerweile gibt es vermehrt „*egg freezing parties*“ in den Vereinigten Staaten und die holländische Filmemacherin Marieke Schellart hat sich sogar dabei filmen lassen, wie sie ihre Eizellen einfrieren ließ (Schellart 2011; Tobin 2015). Doch über die Faszination und das Medienspektakel hinaus wirft diese Technik eine Reihe ethischer Fragen auf, die es zu beantworten gilt: Wiegt das Recht auf Selbstbestimmung der Frau mehr als das Wohl des zukünftigen Kindes? Nehmen Frauen mit diesem Verfahren ihr Recht auf Selbstbestimmung wahr, oder folgen sie vielmehr einem technischen Imperativ, der die Selbstbestimmung gefährdet? Ist das Verfahren aus Gleichheitsgründen zwischen Männern und Frauen letztlich sogar moralisch geboten? Oder untergräbt es Gleichheitsbestrebungen, da sich die sozialen Bedingungen einer Familiengründung für Frauen dadurch nicht ändern? Sollten gesunde Frauen diese technischen Möglichkeiten überhaupt nutzen, wenn eigentlich keine medizinische Indikation dazu besteht? Und wenn ja, bis zu welchem Zeitpunkt?

Kryokonservierung von Eizellen ist ein Prozess der Medikalisierung³ von Fortpflanzung. Medikalisierung wird auch als Argument innerhalb der Debatte über das Einfrieren von Eizellen bei gesunden Frauen verwendet. Einige Autor*innen leiten bereits aus der Einordnung des Verfahrens als Medikalisierungsprozess eine negative normative Bewertung ab. Diese Einstufung von Medikalisierung als normativ bedenkliche

² Mit dem Begriff ‚gesund‘ wird in diesem Kontext die Ursache für das Einfrieren von Eizellen unterschieden. Bei dem Einfrieren von Eizellen mit medizinischer Indikation ist eine Krankheit, z.B. eine Krebserkrankung der Frau, die Ursache für das Einfrieren. Bei dem Einfrieren von Eizellen ohne medizinische Indikation handelt es sich bei der Ursache für das Einfrieren nicht um eine Erkrankung, sondern um andere Gründe, beispielsweise um eine nicht vorhandene Partnerschaft.

³ Medikalisierung wird hier verstanden als die Ausweitung medizinischer Expertise und von Handlungen in Bereichen, in denen vorher keine medizinischen Maßnahmen Anwendung fanden (Kukla und Wayne 2011).

Entwicklung ist allerdings umstritten⁴ (Sadler et al. 2009; Parens 2013). Zwar wird der Begriff häufig verwendet, um den machtvollen Einfluss des medizinischen Systems auf seine Nutzer*innen zu beschreiben. Doch diese eindimensionale Verwendung des Begriffs wird den verschiedenen Dynamiken der Medikalisierung nicht gerecht. Auch Patient*innen und Klient*innen, sich wandelnde Lebensumstände oder kommerzielle Interessen sind „Motoren der Medikalisierung“ (Conrad 2005, S. 3 ff.). Bei der Kryokonservierung von Eizellen bei gesunden Frauen sind es im besonderen Maße diese drei „Motoren“, welche zu der Verbreitung der Technik in Industrieländern führen. Obwohl die Vermarktung der Technik nicht ohne Grund für Unbehagen sorgt, ist das Medikalisierungsargument allein wenig geeignet, die vielfältigen ethischen Fragestellungen, welche sich mit der Kryokonservierung von Eizellen bei gesunden Frauen ergeben, zu erfassen. Aus diesem Grund werde ich mich in dieser Arbeit einer Reihe von weiteren Argumenten, welche in der Debatte über Einfrieren von Eizellen bei gesunden Frauen diskutiert werden, zuwenden. Letztlich kann erst aus der Analyse dieser weiteren Argumente gefolgert werden, ob dieser Medikalisierungsprozess aus normativer Sicht bedenklich ist oder nicht.

Die Anwendung der Kryokonservierung bei gesunden Frauen wirft eigene ethische Fragen auf, die eine gesonderte Analyse erforderlich machen. Ich verwende in dieser Arbeit die Abkürzung KOMI (Kryokonservierung von Oozyten ohne medizinische Indikation), um mich auf den Gebrauch des Verfahrens bei gesunden Frauen zu beziehen. Handelt es sich um die Verwendung des Verfahrens mit medizinischer Indikation, z.B. aufgrund einer Krebs- oder Autoimmunerkrankung, spreche ich von KMI (Kryokonservierung von Oozyten mit medizinischer Indikation). Eine nähere Erläuterung der Verfahren findet sich unter Kapitel 3.1.

Es stellt sich allerdings die grundlegende Frage, inwiefern eine Auseinandersetzung mit KOMI überhaupt für Deutschland von Bedeutung ist. Bis dato gibt es keine empirischen Erhebungen darüber, ob und wie viele Reproduktionsmediziner*innen (RM) in Deutschland auch gesunden Frauen die Kryokonservierung von Eizellen anbieten. Ich habe deshalb eine empirische Untersuchung durchgeführt, um die Dringlichkeit der Fragestellung für den deutschsprachigen Raum zu überprüfen. Ebenso wichtig ist es, eine Einschätzung der ethischen Argumente durch Fachpersonal, welches das Verfahren kennt

⁴ Mit Medikalisierung können, abhängig vom Kontext, sowohl positive als auch negative normative Implikationen einhergehen. So kann beispielsweise die Medikalisierung der Kindheit mit einer Zunahme von Vorsorgeuntersuchungen unter moralischen Aspekten positiv bewertet werden. Eine Medikalisierung des Alters kann wegen der möglichen Pathologisierung des Alterns eher negativ bewertet werden (Schick Tanz und Schweda 2011, S. 9-19).

und medizinisch einordnen kann, zu erhalten. Überraschenderweise zeigt meine Datenerhebung, dass eine beachtliche Zahl von Reproduktionsmediziner*innen in Deutschland KOMI bereits anbietet und eine noch größere Gruppe dieses Verfahren innerhalb der nächsten zehn Jahre anbieten will (Kapitel 3.2.2). Es ist also notwendig, sich im deutschsprachigen Raum mit den ethischen Fragestellungen zu KOMI auseinanderzusetzen.

In juristischer Hinsicht gibt es kaum Vorgaben für einen Umgang mit KOMI und seinen Folgen. Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) befasst sich nur mit der Kryokonservierung von schon befruchteten Eizellen oder Embryonen in § 9 Absatz 4 (Günther et al. 2014, S. 381 f.; Bundesgesetzblatt 1990). In § 1 des ESchG wird die Befruchtung der Eizelle bezüglich des Zwecks und der Anzahl sowie eine mögliche Leihmutterschaft strafrechtlich geregelt, unter § 4 findet sich das strafrechtliche Verbot, eine Eizelle mit einem Spermium eines Mannes nach dessen Tode zu befruchten (Bundesgesetzblatt 1990). Was mit unbefruchteten eingefrorenen Eizellen geschehen soll, welche aufgrund von nicht mehr vorhandenem Kinderwunsch oder nach dem Tode der Frau nicht mehr befruchtet werden sollen, ist dem ESchG zu entnehmen. Die kryokonservierten Eizellen müssten verworfen werden, da die Eizelle nach § 1 Absatz 2 nur zu dem Zweck befruchtet werden darf, bei derselben Frau eine Schwangerschaft herbeizuführen (ebd.). Zu einer Regelung postmenopausaler Schwangerschaften ist dem ESchG keine Aussage zu entnehmen. Für eine mögliche obere Altersgrenze von Frau und Mann bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen finden sich Anhaltspunkte im Sozialgesetzbuch (SGB) V unter § 27a. Diese Altersgrenzen eines vollendeten 40. Lebensjahrs bei der Frau und eines vollendeten 50. Lebensjahrs beim Mann beziehen sich allerdings nur auf eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. In den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung assistierter Reproduktion findet sich wenig Anhalt für eine spezifische Regulierung von KOMI (Bundesärztekammer 2006). Die Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen wird zwar als Option aufgezählt, allerdings ohne weitere Anhaltspunkte für eine Regulierung (ebd., S. 1397). Ob KOMI überhaupt gesetzlich geregelt werden sollte, ist umstritten. Ich habe zunächst die Reproduktionsmediziner*innen selbst dazu befragt, ob sie dies für notwendig erachten. Interessanterweise empfinden viele in Bezug auf KOMI ein Gefühl der Rechtsunsicherheit und verlangen nach rechtlichen Regelungen (Kapitel 3.2.4). Welche Regelungen aus ethischer Sicht gut begründet sein könnten, soll Gegenstand dieser Arbeit sein.

Die Technik des *social freezing* fällt in eine Zeit soziodemographischer Umwandlungsprozesse. Durch KOMI geraten auch der demographische Wandel und die soziale Rolle von

Frauen und Männern in den Blick. Der demographische Wandel zeigt sich in einer stetig sinkenden Geburtsrate und einer steigenden Lebenserwartung und wird häufig als „große Herausforderung“ für Deutschland dargestellt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014). Wie wirkt sich dieser demographische Wandel in Deutschland aus? Das Statistische Bundesamt spricht von einem voraussichtlichen Bevölkerungsrückgang in Deutschland um fast 5 Mio. Menschen (5,9%) von 2008 bis 2030 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011). Dieser Trend wird auch durch die im Jahr 2011 durchgeführte repräsentative Bevölkerungsbefragung im gesamten Bundesgebiet, genannt Zensus, bestätigt (Statistisches Bundesamt 2013). Andere Stimmen, beispielsweise die Journalisten Andreas Rinke und Christian Schwägerl, bewerten die Ergebnisse des Zensus keineswegs als Zeichen des stetigen Bevölkerungsrückgangs, sondern nur als Ergebnis einer Bereinigung durch die Eliminierung von „statistischen Artefakten“, sogenannten „Karteileichen“ (Rinke und Schwägerl 2013). Die Bevölkerung sei nach dem Krisenjahr 2009 wieder gewachsen, insbesondere durch Migration, und auch die Geburtenrate der Frauen müsse nicht zwangsläufig sinken (ebd.). Wenngleich der Direktor des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Norbert Schneider, in einem Interview den Bevölkerungsrückgang nicht dementiert, warnt er doch davor, diesen als „Schreckensszenario“ darzustellen. Es handele sich um eine „normale Volte in der Bevölkerungsentwicklung“ (Amrhein 2013). Ein Indikator für Bevölkerungswachstum ist die Anzahl der Kinder, die von einer Frau in deren Lebenszeit geboren werden. Dieser Wert wird mithilfe der TFR (*total fertility rate*) wiedergegeben. Die TFR sinkt in Deutschland seit 1990 leicht von 1,45 auf 1,38 im Jahr 2012 (Statistisches Bundesamt 2014). Allerdings könne die Berechnung der Kinderanzahl pro Frau, die TFR, heutzutage zu höheren Ergebnissen kommen als angegeben⁵. Grund dafür ist das Aufschieben von Geburten. In der Tat ist ein Anstieg des Lebensalters der Frau bei Erstgeburt zu verzeichnen. Betrug 1965 das Lebensalter bei Erstgeburt in Westdeutschland 24,9 Jahre, so stieg es bereits 2005 auf 29,7 Jahre an (Statistisches Bundesamt 2012). In den ostdeutschen Bundesländern war der Anstieg des Lebensalters der Frau bei Erstgeburt im Vergleich von 1965 und 2005 noch deutlicher von 23,2 Jahren auf 29,1 Jahre (ebd.). Blickt man auf die historische Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer, so war sie bereits um 1900 schon einmal von etwa fünf Kindern auf zwei Kinder gesunken (Dobritz 2008). Nach den Wirren des 2. Weltkrieges stieg die Geburtenziffer in den Babyboom-Jahren, danach sank die TFR wieder langsam auf ungefähr zwei Kinder (Statistisches Bundesamt 2014). Zu behaupten,

⁵ Das liegt daran, dass bei der TFR mit den Daten der Geburten der Frauen eines Landes je Lebensalter gerechnet wird. Insbesondere dann, wenn Geburten ins höhere Lebensalter der Frauen verschoben werden, ergeben sich Änderungen in der TFR.

die Deutschen sterben aus, ist also wohl ein Zerrbild der Wirklichkeit. Was sich durch den demographischen Wandel aber ändert und weiter ändern wird, ist die Altersstruktur der Bevölkerung. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung, derzeit ca. 78 Jahre für Männer und 83 Jahre für Frauen, werden im Verhältnis mehr ältere und weniger jüngere Personen in Deutschland leben (Statistisches Bundesamt 2015c, 2015d). James Vaupel, Bevölkerungswissenschaftler, prognostiziert für das Jahr 2025 eine Verschiebung des Verteilungsmaximums der Bevölkerung um 20 Jahre von 40 Jahren auf 60 Jahre (Vaupel 2010). Jürgen Dobritz, wissenschaftlicher Direktor des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, spricht von der höheren Morbidität im Alter und der Pflegebedürftigkeit als mögliche Herausforderungen für das Gesundheitssystem (Dobritz 2008, S. 48). Vaupel weist allerdings darauf hin, dass, wenngleich chronische Erkrankungen mit dem Alter kontinuierlich zunehmen, dies nicht mit einer zunehmenden Einschränkung der Aktivität alter Menschen gleichzusetzen sei (Vaupel 2010). Die Erhebung der Lebensqualität der über 85-jährigen Menschen liefert unterschiedliche Aussagen und bedarf weiterer Forschung. Die Zeitspanne, in der Menschen durch physische und psychische Gebrechen Einschränkungen erfahren, scheint sich jedenfalls nicht nur auszudehnen, sondern auch in Bezug auf die Lebenszeit nach hinten zu verlagern (Vaupel 2010; Christensen et al. 2009).

Eine weitere gesellschaftliche Veränderung von Relevanz für die Bewertung von *social freezing* ist die Veränderung der sozialen Rollen von Frauen und Männern. Die soziale Rolle der Frau befindet sich im Wandel. In einigen Bereichen entspricht sie jedoch nach wie vor der klassisch tradierten Rolle der Frau in westlichen Gesellschaften (Fuchs und Bothfeld 2011). Längere Ausbildungszeiten und bessere Ausbildung sowie stärkere politische Partizipation sind bei Frauen zu beobachten (ebd.). Allerdings gibt es in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und Familie immer noch große strukturelle Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Frauen widmen einen geringeren Anteil ihrer Zeit der Erwerbstätigkeit⁶. Es resultieren weniger Karriereerfolge und ein geringeres Einkommen als bei Männern mit einer daraus folgenden geringeren Möglichkeit zur sozialen Absicherung, insbesondere im Alter (Fuchs und Bothfeld 2011, S. 12). Auch der Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern liegt in Deutschland deutlich über dem europäischen Niveau (Vinken 2011, S. 40). Sobald Kinder in die Familie kommen, folgen zumindest heterosexuelle Paare in über der Hälfte der Fälle dem traditionellen

⁶ Im Vergleich zu Männern ist die Erwerbstätigkeit bei Frauen um 9% geringer. Werden allerdings die Arbeitszeitvolumina betrachtet und nicht die Arbeitsstelle pro Person, ergibt sich bei Frauen ein 20% geringeres Arbeitszeitvolumen im Vergleich zu Männern (Fuchs und Bothfeld 2011).

Modell der Arbeitsteilung⁷. Das Modell mit Vollzeitarbeit des Mannes und Halbzeitarbeit der Frau trifft dann auf 67,6% der Familien zu (ebd.).

Traditionelle Rollenaufteilung kontrastiert in Deutschland mit der beruflichen Selbstverwirklichung sowie alternativen Formen der Lebensgestaltung von Frauen. Eine Individualisierung des Lebenslaufs, eine Pluralisierung der Lebensformen, höheres Lebensalter sowie ein Anstieg des Lebensalters der Frau bei Erstgeburt sind Faktoren, welche das soziale Zusammenleben formen und verändern (Pettinger und Rollik 2005, S. 19). Mit diesen Entwicklungen geht die Zunahme ungewollter wie auch gewollter Kinderlosigkeit einher (Dobritz 2005, S. 378). Kryokonservierung von Eizellen kann für Frauen eine Möglichkeit darstellen, diesen gesellschaftlichen Entwicklungen zu begegnen. Ob diese Verwendung von KOMI aus ethischer Sicht gerechtfertigt ist, möchte ich in der vorliegenden Arbeit erörtern. Welche Forschungsfragen mich dabei leiten und wie ich vorgehen möchte, um diese Fragen zu beantworten, werde ich im folgenden Abschnitt darlegen.

⁷ Über andere Familienkonzepte liegen mir leider keine Daten vor.

1.1 FRAGESTELLUNG DER ARBEIT

Das Verfahren KOMI zählt seit der Einführung der Vitrifikation zu den neueren reproduktionsmedizinischen Techniken (Kuwayama et al. 2005). Die moralische Bewertung dieser Technik in der Öffentlichkeit und durch Expert*innen fällt unterschiedlich aus. In meiner Arbeit soll es darum gehen, die unterschiedlichen moralischen Positionen in der Diskussion um KOMI darzustellen, zu analysieren und zu bewerten. Die zentrale Fragestellung dieser medizinethischen Arbeit lautet daher: Ist die Durchführung von KOMI ethisch vertretbar? Diese Frage wird in mehreren Teilschritten bearbeitet, welche im Folgenden skizziert werden sollen.

Um die Grundlagen für eine fundierte Diskussion zu liefern, wird in einem ersten Ergebnisteil unter Kapitel 3.1 der aktuelle Stand der Wissenschaft zum Verfahren der Kryokonservierung von Oozyten sowie der medizinischen Forschung zur späten Mutterschaft dargestellt. In der Auseinandersetzung mit dem Thema aus ethischer Perspektive wird nach jenen moralischen Argumenten gefragt, welche geeignet sind, KOMI zu bewerten. Hierzu ist es nötig, die Argumente zu identifizieren, die in der medizinethischen Fachdiskussion zur Bewertung von KOMI vorgebracht werden. Ich habe daher nach einer systematischen Recherche die einschlägige Literatur untersucht, um die wichtigen Argumente der Debatte herauszufiltern.

Aktuelle Relevanz hat die ethische Diskussion um KOMI in Deutschland aber nur dann, wenn das Verfahren hier überhaupt angeboten und durchgeführt wird. Ist das der Fall? Wie schätzen RM die Nachfrage für das Verfahren unter Frauen in Deutschland ein? Diese Fragen dienen dazu, den Aktualitätsbezug der Thematik zu überprüfen. In der ethischen Diskussion um KOMI herrscht überdies ein Dissens in der Einschätzung technischer Aspekte wie Sicherheit und Risiken des Verfahrens. Daher wollte ich erfahren, wie RM als Expert*innen ihres Fachs dieses Verfahren technisch einschätzen. Neben diesen Punkten zum Aktualitätsbezug und der Einschätzung der Technik interessierten mich auch die moralische Bewertung des Verfahrens durch RM sowie deren Beurteilung der rechtlichen Lage zu KOMI. Spielen moralische Gesichtspunkte in der Bewertung des Verfahrens eine Rolle, oder sind andere Kriterien entscheidend? Welche moralischen Probleme sehen RM bei dem Verfahren KOMI? Derzeit gibt es in Deutschland keine rechtlichen Einschränkungen für KOMI. Ich wollte daher in Erfahrung bringen, ob RM die derzeit existierenden Gesetze in puncto Fortpflanzungsmedizin für ausreichend halten, um KOMI anzubieten, oder ob sie weitere rechtliche Regulierungen für notwendig erachten. Diese

Fragen sind für mich von Relevanz, um eventuell bestehenden Diskussionsbedarf zu Regulierungen von KOMI aufzuzeigen. Da bis zum Abschluss dieser Arbeit keine Ergebnisse zu Verwendung von KOMI, Nachfrage und moralischer Bewertung durch Reproduktionsmediziner*innen existierten, habe ich eine empirische Studie in Form eines Fragebogens entworfen. Als inhaltliche Grundlage für diese Fragebogenstudie dienten die ethischen Argumente, die ich in der Fachdiskussion zu KOMI identifiziert habe. An den medizinisch-technischen Abschnitt der Arbeit unter 1.1 schließt sich daher unter 3.2 die Auswertung der Ergebnisse dieser Datenerhebung an.

Für eine moralische Bewertung des Verfahrens ist es notwendig, die vorgebrachten ethischen Argumente zu analysieren. Daher lautete eine weitere Frage: Sind die vorgebrachten Argumente in Bezug auf KOMI plausibel? Um das zu beantworten, werden die jeweiligen Argumente systematisch auf ihre Bedeutung und Aussagekraft hin analysiert. Im dritten Ergebnisteil der Arbeit unter Kapitel 3.3 werde ich daher auf moralphilosophische Diskussionen und Konzepte Bezug nehmen, um die ethischen Argumente theoretisch zu kontextualisieren. Im Anschluss daran werde ich jeweils darstellen, wie das Argument in der ethischen Debatte zu KOMI verwendet wird, und meine eigene Position dazu begründen. In einer Synthese dieser Teilergebnisse soll eine Antwort auf die bereits zu Beginn dieses Abschnitts notierten Fragen gefunden werden: Ist KOMI ethisch vertretbar? Welche Argumente erscheinen in der ethischen Debatte über KOMI plausibel? Welche Regulierungen sind notwendig? Im folgenden Kapitel möchte ich ausführlich erläutern, mit welchem Material und welcher Methodik ich die Fragestellungen der Arbeit beantworten möchte.

2 MATERIAL UND METHODEN

In dem vorangehenden Kapitel habe ich die Forschungsfragen dieser Arbeit dargelegt. Um diese Fragen zu beantworten, sind drei Arbeitsschritte nötig. Dabei handelt es sich zunächst um eine Befragung unter RM zu technischen und ethischen Aspekten von KOMI und dann um eine Analyse der Argumente in der ethischen Debatte über KOMI. In einem dritten Arbeitsschritt verbinde ich die Ergebnisse der Analyse aus der ethischen Debatte mit den Ergebnissen der Daten aus der Befragung. Im Vergleich der Teilergebnisse soll es darum gehen, einen Aktualitätsbezug der Debatte in Deutschland herzustellen. Dieser ist notwendig, um herauszufinden, ob das Verfahren hier Anwendung findet und eine Diskussion über eine ethische Vertretbarkeit in Deutschland erforderlich ist. Ethische Argumente sollen darüber hinaus im speziellen Kontext von KOMI analysiert werden. Ziel dieser Analyse ist eine normative Bewertung des Verfahrens sowie deren praktische Implikationen. Um zu diesem Ziel zu gelangen, benötige ich inhaltliche Ergebnisse dazu, (1) welche Argumente und Argumentationsstrukturen in der Debatte über KOMI verwendet werden. Des Weiteren benötige ich (2) Informationen zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland sowie über den Stand der Wissenschaft zur Technik KOMI und zur späten Mutterschaft. Ebenso benötige ich (3) Informationen darüber, wie RM Sicherheit und Effizienz der Technik einschätzen, ob sie sie anbieten und wie sie die ethischen Argumente in Bezug auf KOMI bewerten. Methodisch bedarf dies verschiedener Arbeitsweisen. Für die Punkte (1) und (2) sind jeweils Literaturrecherchen und anschließende Analysen notwendig. Für (3) benötige ich eine Methode der empirischen Forschung mit Festlegung von Forschungsdesign, Studienkollektiv, anschließender Datenerhebung, Datenerfassung und Analyse. Im folgenden Kapitel soll es darum gehen, die Methodik der Literaturrecherche, der Literaturanalyse sowie die Methodik der empirischen Studie zu erläutern. Dieser detaillierten Darstellung soll ein kurzer Abschnitt zur empirischen Ethik vorangestellt werden, um die Beweggründe dafür zu benennen, Empirie und Ethik in einer Arbeit zu verknüpfen. Um eine Übersicht über die einzelnen Arbeitsziele und deren zugrunde liegende Methodik zu erlangen, soll folgende graphische Darstellung helfen:

Übersicht Material und Methoden

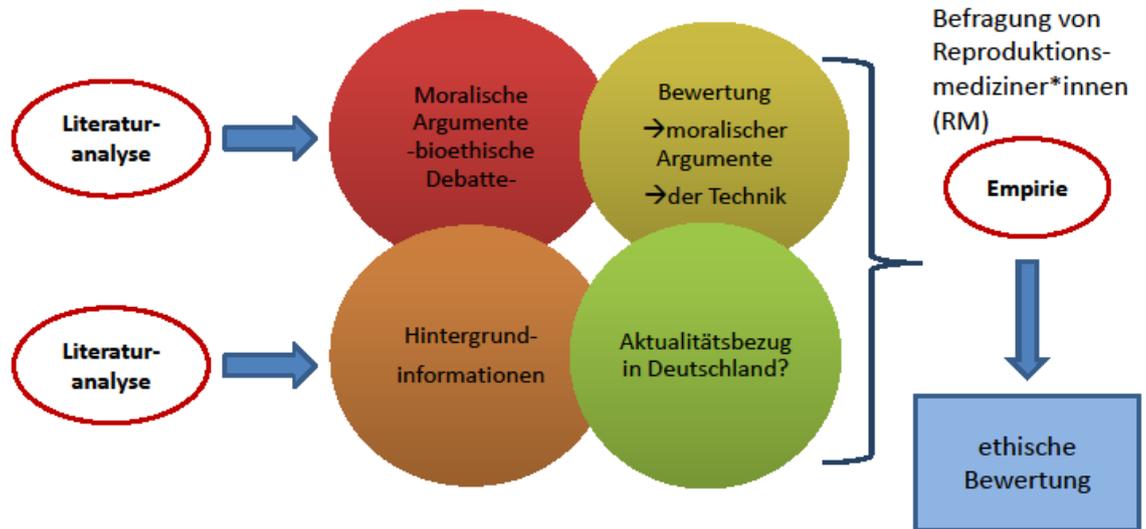


Abbildung 1: Übersicht über das Zusammenwirken verschiedener Methoden in der Arbeit

2.1 EMPIRISCHE FORSCHUNG IN DER MEDIZINETHIK

Über die Frage, ob und wie empirische Daten in die ethische Analyse integriert werden sollen, besteht unter Ethiker*innen ein Dissens. Medizinethik befindet sich dabei als Fach im Spannungsfeld zwischen theoretisch orientierter Philosophie und empirisch ausgerichteten Disziplinen wie den Sozialwissenschaften oder der Medizin. Die Methodik, empirische Daten für medizinethische Fragestellungen zu erheben und für die Beurteilung heranzuziehen, hält vermehrt Einzug in die medizinethische Forschung (Borry et al. 2005; Schicktanz und Schildmann 2009). Dieses Vorgehen wird auch empirische Ethik⁸ genannt. Der Philosoph Marcus Düwell warnt vor den Gefahren einer solchen empirischen Ethik, in welcher der Empirie ein zu großer Stellenwert eingeräumt werde (Düwell 2009). Insbesondere „müsste gezeigt werden, warum empirische Untersuchungen zur Begründung moralischer Urteile erforderlich sind“, so Düwell (ebd., S. 202)⁹. Der Ethiker Bert Musschenga dagegen hält die empirische Forschung im medizinethischen Kontext für relevant (Musschenga 2005; Musschenga 2009). Ich werde im Folgenden zwei Gründe nennen, warum empirische Forschung im Kontext von Medizinethik wichtig sein kann. Im Anschluss daran werde ich begründen, warum meines Erachtens eine empirische Datenerhebung im Rahmen dieser Arbeit aus methodischer Sicht sinnvoll ist.

Empirische Forschung kann (1) dazu dienen, den sozialen Kontext, in dem medizinische Entscheidungen getroffen werden, in die Analyse einzubeziehen (Musschenga 2009, S. 191). Allgemeine theoretische Prinzipien können (2) auf ihre Tauglichkeit in einer spezifischen praktischen Situation überprüft werden (ebd.). Komplizierte medizinische Technik verlangt Ethiker*innen in der moralischen Bewertung immer komplexere und umfangreichere Einschätzungen ab. Dies ist auch im Hinblick auf KOMI der Fall. Darüber hinaus kann die Anwendung eines allgemeingültigen ethischen Prinzips in speziellen Situationen auch besondere Bedingungen oder Spezifizierungen erfordern (Musschenga 2005, S. 473). In meiner Arbeit überprüfe ich insbesondere, inwiefern die ethischen Argumente im Kontext von KOMI kontextualisiert und angewendet werden können.

⁸ Empirische Forschung in der Medizinethik ist methodisch heterogen und wird begrifflich unterschiedlich gefasst (Salloch et al. 2011). Einige Autor*innen verwenden beispielsweise den Begriff der ‚empirischen Ethik‘ (z.B. Schicktanz und Schildmann 2009). Andere weisen den Begriff *empirische Ethik* als irreführend zurück und bevorzugen den Begriff der *empirisch informierten Ethik* (Musschenga 2005). Der Einfachheit halber werde ich in dieser Arbeit den Oberbegriff ‚empirische Ethik‘ verwenden.

⁹ *Empirische Ethik* geht mit einer Reihe von methodischen Unklarheiten und Problemen einher. Ich kann im Rahmen dieser Arbeit nicht intensiv darauf eingehen. Es soll deshalb hier nur erwähnt werden, dass insbesondere die Übersetzung von deskriptiven Ergebnissen in normative Urteile methodische Schwierigkeiten bereitet (Salloch et al. 2011).

Musschenga spricht bei einer solchen Methodik von „epistemischer Kontextualisierung“ (ebd., S. 482).

Eine empirisch orientierte Medizinethik besitzt ihre methodologischen Wurzeln in den Sozialwissenschaften (Borry et al. 2005; Musschenga 2009). Daher habe ich mich bei der Methodik meiner quantitativen Datenerhebung der empirischen Sozialforschung bedient (Schnell et al. 2005)(siehe Kapitel 2.3). Diese Datenerhebung ermöglicht es mir, Positionen oder Einschätzungen zu KOMI von Fachpersonal der Reproduktionsmedizin zu erheben. RM verfügen über genaueres Wissen über die technische Möglichkeiten und praktische Durchführbarkeit von KOMI. Sie können sowohl die Relevanz bestimmter Aspekte als auch die Probleme in der praktischen Durchführung besser benennen als reine Theoretiker*innen. Es geht mir nicht darum, den Ärzt*innen ein „epistemisches Privileg“ zuzuerkennen (Musschenga 2009, S. 196), sondern insbesondere darum, die derzeitigen Rahmenbedingungen der Praxis von KOMI besser zu beleuchten sowie die in der Praxis von KOMI geforderten Rahmenbedingungen mit Rekurs auf ethische Argumente zu skizzieren und zu bewerten¹⁰. Ziel ist es also, die Kontextsensitivität der Argumente in der Debatte über KOMI zu erhöhen (Musschenga 2005, S. 485). Selbstverständlich kann es sich hierbei nur um eine Annäherung handeln, da eine quantitative Studie nur in sehr begrenztem Maße dazu geeignet ist, die Gewichtung von Aussagen zu begründen.

Als Ergebnis dieser Arbeit erhoffe ich mir, die Argumente stärker konzeptionell zu durchdringen und die Debatte über KOMI durch die Befragung der RM mit deren Einschätzung des Verfahrens zu bereichern sowie praktische Implikationen daraus herleiten zu können. Im folgenden Teil möchte ich auf meine Methodik im Einzelnen eingehen.

¹⁰ Beispielsweise würde es Auswirkungen auf meine normative Begutachtung haben, wenn alle Reproduktionsmediziner*innen im Fragebogen angeben würden, sie halten KOMI für wirtschaftlich attraktiv, das Kindeswohl sei nicht in Gefahr und sie bräuchten keinerlei weitere Regulierungen, um KOMI anzuwenden. Auch wenn diese Aussagen keineswegs eindeutig zu interpretieren wären, würden sie mich dennoch dazu veranlassen, die Motivation der Ärzt*innen in moralischer Hinsicht zu hinterfragen und ggf. als fragwürdig einzustufen. Dies hätte dann Rückwirkungen auf mein normatives Urteil von KOMI im deutschen Kontext.

2.2 ETHISCHE POSITIONEN IN DER BIOETHISCHEN DEBATTE ZU KOMI UND STAND DER FORSCHUNG

2.2.1 LITERATURRECHERCHE

Um ethische Argumente für KOMI identifizieren und analysieren zu können, benötigte ich einschlägige Literatur. Mithilfe einer systematischen Literatursichtung identifizierte ich jene wissenschaftlichen Arbeiten, die sich aus ethischer Perspektive mit KOMI befassen und in meine Analyse einbezogen werden konnten. Im Dezember 2011 entwickelte ich anhand einer Sammlung von Stichwörtern eine Schlagwortliste¹¹. Diese Schlagwörter verwendete ich für die Recherche in den Datenbanken PubMed und BELIT. PubMed gilt als die größte Meta-Datenbank mit englischen Fachartikeln der Biomedizin, BELIT beherbergt Datenbanken der Bioethik verschiedener Sprachen. Die Recherche erfolgte für Artikel in englischer und deutscher Sprache ohne Einschränkung auf einen bestimmten Zeitraum. Aus dieser Literatursuche ergaben sich zunächst 23 Artikel, in denen im engeren Sinne ethische Aspekte von KOMI behandelt werden. Zu diesen 23 Artikeln zählen auch Stellungnahmen europäischer wie der *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) und amerikanischer Fachgesellschaften der Reproduktionsmedizin wie der *American Society of Reproductive Medicine* (ASRM) zu diesem Thema. Einschlägige Artikel neueren Datums wurden der Literaturliste laufend hinzugefügt.

Für die Literaturrecherche zum technischen Stand der Wissenschaft bin ich ähnlich vorgegangen. Ich habe hierfür die Datenbank PubMed verwendet, da sie die weltweit größte und wichtigste medizinische Datenbank ist. Erstmals habe ich im Jahr 2011 mithilfe von Stichwörtern und Schlagwörtern¹² einschlägige Artikel gesucht. Ich habe die Literaturrecherche halbjährlich wiederholt, um aktuelle Artikel zu ergänzen. Ich habe alle einschlägigen Artikel, d.h. vorzugsweise Reviews, populationsbasierte Studien und Studien mit größerer Fallzahl (ab 100), zum technischen Stand der Wissenschaft verglichen und unter Kapitel 3.1 zusammenfassend dargestellt.

¹¹ Themenbezogene Schlagwörter waren beispielsweise *cryopreservation, ethics, postmenopause, oocyte, equality, autonomy, child welfare, egg freezing*. Diese wurden einzeln oder mit dem Booleschen Operator „UND“ in die jeweiligen Suchmaschinen eingegeben und führten zu den für diese Arbeit verwendeten Texten.

¹² Themenbezogene Schlagwörter waren hier *cryopreservation, oocyte, egg freezing, cryoprotective agents*. Bestimmten Begriffen wurden keine Schlagwörter zugeordnet. Ich habe dann mit Stichwortsuche gearbeitet. Stichwörter waren beispielsweise *late motherhood, outcome, risks*.

2.2.2 IDENTIFIZIEREN DER ETHISCHEN ARGUMENTE

Für die Analyse der ethischen Argumente habe ich mich in einem ersten Schritt darauf konzentriert, die Argumente in der Debatte über KOMI zu identifizieren. Dieses Verfahren bedarf einiger Erläuterungen. Zunächst möchte ich erklären, was ich im Rahmen dieser Arbeit unter einem Argument verstehe. Als Argument begreife ich eine Aussage, die unter Verwendung mehrerer Prämissen als Beweis eine bestimmte Einstellung oder Entscheidung begründet (siehe Huppenbauer und de Bernardi 2003, S. 54 ff.; Tetens 2011). Aussagen können direkt mit einem Prinzip, z.B. dem der Autonomie begründet werden. Im weiteren Sinne zählen zu Argumenten für diese Arbeit auch implizit geäußerte Begründungsaussagen. Der Philosoph Holm Tetens weist darauf hin, dass es in der angewandten Ethik von Bedeutung ist, Argumentationsstrukturen eines bestimmten Themenfeldes zu identifizieren (Tetens 2011, S. 11). In meiner Arbeit geht es mir darum, diese Argumentationsstrukturen nicht strukturell, wie von Tetens intendiert, sondern inhaltlich nachzuzeichnen. Um dies zu erreichen, erscheint es mir sinnvoll, die Hauptargumente in der bioethischen Diskussion um KOMI zu identifizieren. Ziel dieser Darstellung ist es, die häufig vorgebrachten Argumente in der bioethischen Diskussion um KOMI einer genauen Analyse zu unterziehen, nicht jedoch eine Übersicht aller für das Thema relevanten Aspekte zu liefern¹³. Ein weiteres Ziel, das ich mit dem Identifizieren der Argumente verfolge, ist die systematische Erarbeitung der relevanten moralischen Aspekte für eine empirische Erhebung zu KOMI (siehe 3.2).

Ein Argument habe ich als solches eingeordnet, wenn es folgende Kriterien erfüllt hat: (1) Das Argument wurde häufig in der bioethischen Debatte über KOMI genannt. (2) Das Argument wurde umfangreich erörtert. (3) Das Argument erhielt bei der moralischen Beurteilung des Verfahrens besonderes Gewicht.

Aus der gesichteten Literatur ergaben sich die folgenden zentralen Argumente in der Debatte über KOMI: 1. Gleichheit, 2. Autonomie, 3. Natürlichkeit einschließlich der Debatte über späte Mutterschaft sowie 4. das Kindeswohl. Weitere Argumente waren beispielsweise 5. die Medikalisierung der Gesellschaft oder 6. das Argument des genetisch

¹³ Ich bin mir dessen bewusst, dass aus der Quantität keine Aussage über die Qualität eines vorgebrachten Arguments abzuleiten ist. Ebenso kann ein vorher nicht bedachtes Argument, nachdem es genannt worden ist, zum entscheidenden Argument in der moralischen Wertung avancieren. Es geht mir in meiner Darstellung nicht darum, den Stellenwert der Argumente für die moralische Bewertung widerzuspiegeln, sondern häufig vorgebrachte Argumente genauer zu analysieren. Insofern ist meine Analyse der Argumente an der Schnittstelle zwischen ethischer und metaethischer Analyse zu verorten.

eigenen Kindes (Dondorp und de Wert 2009). Diese letzten beiden Aspekte werden allerdings selten genannt und sind deshalb nicht Teil meiner Analyse. Bezüglich des Arguments der Medikalisierung habe ich darüber hinaus bereits in der Einleitung darauf verwiesen, dass ich es als normatives Argument ohne weitere Erläuterung nicht für aussagekräftig halte. Da die normative Bewertung von Medikalisierung meines Erachtens über die Analyse entscheidender Argumente wie Gleichheit und Autonomie erfolgt, habe ich das Argument der Medikalisierung nicht analysiert.

Die ausgewählten Argumente 1-4 werden in dieser Arbeit einer detaillierten Analyse unterzogen und dienen als Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens. Aus der Analyse können aussagekräftige Schlüsse gezogen werden, die sich jeweils als Zwischenfazit am Ende eines Kapitels befinden. Die einzelnen Arbeitsschritte der empirischen Datenerhebung finden sich im Kapitel 2.3.

2.3 EMPIRISCHE DATENERHEBUNG

Die empirische Datenerhebung hat zum Ziel, eine Einschätzung der Technik und der moralischen Aspekte von KOMI durch Spezialist*innen auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin zu erhalten. Die Ergebnisse der Datenerhebung fließen in die Analyse ein und bieten die Möglichkeit, die ethische Fachdebatte zu KOMI mit Einschätzungen von RM, die über praktisches Wissen zu Fortpflanzungsmedizin oder sogar KOMI verfügen, abzugleichen.

2.3.1 *DESIGN DER EMPIRISCHEN STUDIE*

Zu Beginn der empirischen Studie stand die Erarbeitung der relevanten ethischen Fragen in Bezug auf KOMI, welche ich mithilfe einer Analyse der medizinethischen Literatur zu KOMI identifiziert habe. Dabei habe ich mich von dem Reproduktionsmediziner Prof. Dr. sc. agr. H.-W. Michelmann, Göttingen, und der Reproduktionsmedizinerin Prof. Dr. med. M. Bals-Pratsch, Regensburg, beraten lassen. Hierbei ging es darum, relevante Fragen auszuwählen sowie fachlich korrekte und verständliche Formulierungen für die jeweiligen Items zu finden.

Das Studiendesign wurde mithilfe des Methodenzentrums Sozialwissenschaften der Universität Göttingen entwickelt. Da bis zum Zeitpunkt der Datenerfassung weder für Deutschland noch international Daten zur Verwendung von KOMI, Nachfrage und moralischer Bewertung durch RM vorlagen, habe ich mich für ein quantitatives Studiendesign entschieden. Diese Studienform ermöglichte mir ein möglichst umfangreiches Korpus an Daten, um einen überblickartigen Eindruck von der Einschätzung des Verfahrens durch RM zu bekommen. Für die bessere Vergleichbarkeit habe ich Fragen vom geschlossenen Fragentyp gewählt und diese durch eine Freitextfrage für Anmerkungen, Kritik und/oder fehlende Themen ergänzt (Porst 2008, S. 51 ff.). In den Fragen habe ich eine geradzahlige Ordinalskala vom Typ Likert verwendet (Porst 2008, S. 93 ff.). Die einzelnen Skalenpunkte habe ich verbalisiert (Porst 2008, S. 17 ff.). Ich habe die geradzahlige Likert-Skala ausgewählt, um klare Positionen insbesondere zu den Fragen der moralischen Aspekte zu erhalten (Porst 2008, S. 81 ff.). Insgesamt enthält der Fragebogen ein kompaktes Set von 22 Items inklusive des Freitextfeldes. Die Kürze des Fragebogens liegt darin begründet, dass ärztliches Personal üblicherweise wenig zeitliche Ressourcen für eine Auseinandersetzung mit medizinischen Themen außerhalb des Arbeitsalltags hat. Insofern sollte die Kürze ein Faktor für eine gute Rücklaufquote sein. Der Aufbau des Fragebogens ist vierteilig: Auf die Fragen zur medizinischen Praxis des Verfahrens KMI und KOMI folgt ein Abschnitt, in dem moralische Einstellungen in Bezug auf KOMI abgefragt werden. Anschließend habe ich Einstellungen zu möglichen rechtlichen Regelungen von KOMI erfragt. Zum Schluss des Fragebogens habe ich soziodemographische Daten erfragt. Ich werde im Folgenden auf die Fragenkomplexe näher eingehen. Der Originalfragebogen befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

Fragen zur medizinischen Praxis des Verfahrens (Frage 1 bis 4): In diesem Teil sollte erfragt werden, wie viele Personen KMI und KOMI anbieten. Darüber hinaus war es mir wichtig zu erfahren, welche Personen planen, KMI und KOMI innerhalb der kommenden 10 Jahre einzuführen, um eine mögliche steigende oder abnehmende Tendenz im Angebot ablesen zu können. Darüber hinaus wollte ich wissen, wie häufig RM die beiden Verfahren tatsächlich durchführen. Ich habe in diesem Teil auch erhoben, wie häufig Patient*innen nach KMI oder KOMI fragen, um einen Eindruck von der Nachfrage zu bekommen. Insgesamt ging es in dem ersten Abschnitt darum, einen Eindruck über Angebot und Nachfrage des Verfahrens KOMI zu erhalten und mögliche Unterschiede zu Angebot und Nachfrage von KMI herauszustellen.

Moralische Einstellungen in Bezug auf KOMI (Frage 5-15): Dieser Komplex macht den Großteil des Fragebogens aus. In diesem Abschnitt ging es darum, hauptsächlich die

moralischen Einstellungen zu den wesentlichen Argumenten aus der Debatte über KOMI zu erfragen, welche ich identifiziert habe (siehe Kapitel 2.2.2). Ich habe dafür jeweils prägnante Aussagen mit einer Likert-Skala versehen, anhand derer sich die Studienteilnehmer*innen zwischen vier Antwortoptionen von „stimme voll zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“ entscheiden konnten. Ich habe in diesem Fragenabschnitt ebenfalls die Einschätzung zu Sicherheit und Effizienz von KOMI sowie zur Nachfrage von KOMI im weiblichen Teil der Bevölkerung erfragt. Da diese beiden Fragen auch in der ethischen Debatte diskutiert werden, habe ich sie zu diesem Fragenblock geordnet. Bezüglich der ethischen Argumente ging es nicht um eine detaillierte und facettenreiche Befragung zu einem bestimmten ethischen Argument, sondern um eine allgemeine Erfassung der Einstellung zur Selbstbestimmung der Frau im klinischen Kontext, der Gleichheit, der späten Mutterschaft, der Natürlichkeit und des Kindeswohls in Bezug auf KOMI. Unter der Frage 15 konnten die Teilnehmenden einen freien Textkommentar verfassen. Dieser Textkommentar sollte Personen die Möglichkeit geben, fehlende Positionen darzustellen.

Fragen zur rechtlichen Regelung von KOMI (Frage 16 und 17): Diese zwei Fragen sollen einen Eindruck vermitteln, inwiefern RM, also jene Personen, welche KOMI anbieten und durchführen, rechtliche Regelungen für KOMI für notwendig erachten. Derzeit gibt es keine rechtlichen Einschränkungen für KOMI. Des Weiteren ging es darum, spezifischer zu erfragen, welche Regelungen RM vorschlagen würden. In der Frage 17 waren Mehrfachnennungen möglich. Neben einigen Antworten, die vorgegeben waren, gab es bei dieser Frage die Möglichkeit, unter der Antwortoption „andere“ eigene Vorschläge für eine rechtliche Regulierung zu machen.

Soziodemographische Daten (Frage 18-22): Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden einige soziodemographische Daten abgefragt. Neben Berufserfahrung, Geschlecht und Geburtsjahr habe ich auch die Anzahl der eigenen Kinder und die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft erfragt.

2.3.2 STUDIENKOLLEKTIV

Im Studienkollektiv sollten Ärzt*innen der Reproduktionsmedizin vertreten sein. Weiterhin sollte das Studienkollektiv die meisten Bundesländer Deutschlands abdecken, so dass die Ergebnisse bei entsprechender Rücklaufquote als für Deutschland

repräsentativ gewertet werden können. Deshalb habe ich den größten Verband reproduktionsmedizinischer Zentren in Deutschland ausgewählt. Unter dem Bundesverband reproduktionsmedizinischer Zentren e.V. (BRZ) sind derzeit 105 reproduktionsmedizinische Zentren zusammengefasst, welche in allen Bundesländern Deutschlands vertreten sind.

Neben der Unterstützung und Interessenvertretung beruflicher Belange der Mitglieder setzt sich der Verband auch als Ziel, gesundheitspolitische und rechtliche Fragen der Reproduktionsmedizin zu diskutieren sowie Aspekte der Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit zu behandeln. Angeschrieben wurden alle im Mitgliederverzeichnis des BRZ namentlich aufgelisteten Ärzt*innen. Hieraus ergab sich eine Anzahl von 264 Proband*innen.

2.3.3 DATENERHEBUNG

Für die Datenerhebung habe ich mich für eine postalische Befragung entschieden. Postalische Befragungen gehen im Verhältnis zu Interviews mit einem geringeren organisatorischen Aufwand einher, was bei einer Personenzahl von 264 ein entscheidender Grund war. Die postalische Befragung bietet auch die Vorteile, dass die Antworten nicht durch Interviewer*innen beeinflusst oder verfälscht werden und die Personen mehr Zeit zum Beantworten der einzelnen Fragen haben (Schnell et al. 2005, S 358 f.). Ebenso kann die Anonymität der Befragung glaubwürdiger zugesichert werden (ebd.). Nachteile einer solchen Befragung können Stichprobenverzerrungen und geringe Rücklaufquoten sein (ebd.). Die Stichprobenverzerrung ist auch bei dieser Befragung nicht auszuschließen. Das Interesse an dem Thema KOMI und an ethischen Fragestellungen war vermutlich ausschlaggebend für eine Beantwortung der Fragen und hat auch das Antwortverhalten beeinflusst. Die Rücklaufquote habe ich mit einer zweiten Zusendung des Fragebogens erhöhen können.

Ich habe den Mitgliedern des Studienkollektivs im September 2011 eine Postsendung mit einem Anschreiben, dem Fragebogen sowie einem frankierten Rückumschlag zugeschickt. Im November 2011 habe ich erneut eine Postsendung an das gesamte Studienkollektiv geschickt, mit der Bitte, den Fragebogen ausgefüllt an mich zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug nach zweimaliger Versendung 51,8% (n=136). Ein positives Votum der Ethikkommission lag zu Beginn der Studie vor.

2.3.4 DATENERFASSUNG

Nachdem die Hinweise auf persönliche Daten vom Fragebogen getrennt wurden, erfolgte die Datenerfassung anonym. Die Datenerfassung erfolgte mithilfe des Programms Excel. Alle Fragen wurden mit Kurzvarianten einem Buchstaben des Alphabets zugeordnet. Ab der 25. Frage habe ich eine fortlaufende Kombination aus zwei Buchstaben verwendet: AA, AB, usw. Gab es nur Antwortoptionen von ja oder nein, wurden diese numerisch in 1 und 0 ausgedrückt. Die Likert-Skala wurde mit den Werten 1 bis 4 in der Excel-Tabelle dargestellt. Die Ergebnisse wurden in ganze Zahlenwerte umgewandelt und in die Tabelle eingetragen. Die Freitextkommentare wurden unter der jeweiligen Nummer des Fragebogens gesondert erfasst. Die Auswertung der Daten findet sich unter Kapitel 3.2. Im folgenden Abschnitt möchte ich auf die Darstellung und Analyse der philosophischen und bioethischen Debatte der Argumente eingehen.

2.4 NORMATIVE ANALYSE DER MORALISCHEN ARGUMENTE

Um die ethischen Argumente analysieren und mit den empirischen Ergebnissen der Datenerhebung ins Verhältnis setzen zu können, bedarf es ebenfalls einer methodisch festgelegten Arbeitsweise. Diese soll Gegenstand des Kapitels 2.4 sein. Bevor ich auf die von mir verwendete Methodik der Analyse eingehe, möchte ich genauer bestimmen, wie ich den Begriff *normativ* in dieser Arbeit verwende. Als ‚Norm‘ bezeichne ich die Bewertung einer Handlung oder eine Handlungsempfehlung, die auf rationalen Gründen basiert (Hoerster 2003). Ich werde in dieser Arbeit Handlungsempfehlungen in moralischer¹⁴ Hinsicht geben, also nicht in kultureller, rechtlicher oder ästhetischer Hinsicht (Birnbacher 2003, S. 51 f.). Moralische Handlungsempfehlungen bewerten menschliches Verhalten, sind kategorischer Art und erheben einen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit (Hoerster 2003). Eine normative Aussage ist in dieser Arbeit also meine auf Gründen (teils moralphilosophischer, teils empirischer Art¹⁵) basierende moralische Position zu KOMI, die ich aus der Analyse der Argumente entwickle. In

¹⁴ Unter Moral kann die Gesamtheit der von einem Menschen oder einer Gesellschaft als richtig anerkannten Werte und Vorstellungen des richtigen oder guten Verhaltens verstanden werden (Kettner 2002, S. 410).

¹⁵ Der Philosoph Marcus Düwell spricht hierbei von *gemischten Urteilen* (Düwell 2009, S. 207).

diesem Kapitel möchte ich die Methodik der Analyse näher beschreiben. Unter Punkt 2.4.1 erläutere ich, wie ich den Aufbau der jeweiligen Kapitel zu den Argumenten gestalte. Unter Punkt 2.4.2 erläutere ich, mit welcher Methode ich die Argumente analysiere. Unter 2.4.3 gehe ich darauf ein, wie ich die empirischen Ergebnisse in meine Analyse der Argumente integriere.

2.4.1 DARSTELLUNG DER ARGUMENTE

Bei der Darstellung der Argumente möchte ich (1) den philosophisch-theoretischen Hintergrund skizzieren und (2) exemplarische Positionen wiedergeben, die zu diesem Argument in der ethischen Auseinandersetzung mit KOMI eingenommen werden. Unter Kapitel 2.4.2 werde ich erläutern, wie ich diese Positionen hinsichtlich ihrer Plausibilität der Argumentation bewerte.

(1) Für eine eingehende Analyse der vorgebrachten Argumente ist es erforderlich, die Argumente in ihrer unterschiedlichen Verwendungsweise in Philosophie und Bioethik darzustellen, um das Argument in der später erfolgenden Analyse mit den theoretischen Konzepten in Beziehung zu setzen und einzuordnen. Dieser Arbeitsschritt ist ein entscheidender Baustein für die unter Kapitel 3 erfolgende kohärentistische Analyse der Argumente. Wie bereits angedeutet, habe ich jeweils die allgemeine philosophische oder bioethische Debatte und die spezielle, auf KOMI bezogene bioethische Debatte um das jeweilige Argument nachgezeichnet. In der allgemeinen philosophischen und bioethischen Debatte stelle ich unterschiedliche theoretische Konzepte vor, welche zu diesem Argument entwickelt wurden. Dabei geht es nicht darum, alle Positionen darzustellen, sondern die im Hinblick auf KOMI relevanten Positionen theoretisch zu erörtern. Ebenso beziehe ich mich, wenn es für das Argument notwendig ist, darauf, wie das jeweilige Argument im Kontext der Medizin oder speziell der Reproduktionsmedizin verwendet wird. In der Reproduktionsmedizin liegen besondere Rahmenbedingungen vor, beispielsweise in Bezug auf die Selbstbestimmung, die von verschiedenen Personen mit teilweise unterschiedlichen Interessen ausgeübt wird und deren Ziele aus Respekt vor der Selbstbestimmung Berücksichtigung finden sollten, z.B. die unterschiedlichen Interessen von Partner*innen, Spender*innen von Gameten und dem ärztlichen Team. Auch die Selbstbestimmung des Kindes, das diese zum Zeitpunkt seiner Entstehung noch nicht ausüben kann, ist von Relevanz. Die Rahmenbedingungen wirken auf das theoretische

Konzept zurück, weshalb es mir notwendig erscheint, das Argument auch im jeweiligen Kontext zu beleuchten.

Grundlage für diesen Teil der Arbeit bildet ebenfalls eine Literaturrecherche. Bei dieser Literaturrecherche habe ich Übersichtsliteratur zu den jeweiligen Argumenten als Basis gewählt, beispielsweise aus der „Stanford Encyclopedia of Philosophy“ (Stanford University 2015) oder dem „Handbuch Angewandte Ethik“ (Stoecker 2011). Ausgehend davon habe ich weiterführende Fachliteratur aus Moralphilosophie, politischer Philosophie, angewandter Ethik und den Rechtswissenschaften ausgewählt. Die Übersichtsliteratur sowie die weiterführende Literatur habe ich verwendet, um die philosophischen und medizinethischen Grundlagen der Argumente herauszuarbeiten. (2) Im Anschluss daran folgt die jeweilige Darstellung der verschiedenen Positionen zu einem Argument innerhalb der ethischen Debatte zu KOMI. Auch hier geht es mir nicht um eine vollständige Übersicht, sondern darum, wesentliche Argumentationsstränge nachzuzeichnen und unterschiedliche Positionen zu verdeutlichen.

2.4.2 KOHÄRENTISTISCHE ANALYSE

Für die Analyse der Argumente habe ich eine kohärentistische¹⁶ Methode verwendet. Ethischer Kohärentismus kann in den problemorientierten und den begründungsorientierten Kohärentismus unterteilt werden. Beim problemorientierten Kohärentismus werden moralische Normen auf der Basis geteilter Überzeugungen herangeführt, um bestimmte Situationen zu beurteilen. Im begründungsorientierten Ansatz werden die einzelnen moralischen Argumente überprüft. Ich folge der Methodik des begründungsorientierten Kohärentismus (Badura 2002).

Eine *begründungsorientierte* kohärentistische Analyseverfahren verbindet moralische und nicht-moralische Argumente (ebd.). Die moralischen Argumente werden in einen Zusammenhang mit aktuellen Erkenntnissen zu beispielsweise Technikforschung und soziodemographischen Daten gebracht. Ziel ist es dabei, die „Kontextbedingungen“ der moralischen Argumente herauszuarbeiten (Badura 2002, S. 194). In ihrer Struktur werden die Argumente auf Stimmigkeit überprüft. Dies bedeutet: (1) die Überprüfung, ob einzelne Aussagen stimmig in ein Argument eingegliedert werden können, (2) die Überprüfung des moralischen Arguments in sich selbst auf innere Widerspruchsfreiheit und (3) die Anwendbarkeit des Arguments auf die spezielle Situation. Diese Qualitäten werden auch unter *relationaler Kohärenz* (1) und *systematischer Kohärenz*¹⁷ (2 und 3) zusammengefasst (Badura 2002, S.198). In der Untersuchung der Argumente verfolge ich einen *abduktiven* Reflexionsweg. *Abduktiv* beschreibt in dieser Hinsicht das Zusammenführen moralischer und nicht-moralischer Urteile zu einem „besten Ergebnis“ (Badura 2002, S. 199). Es geht mir also weder darum, die Argumente in eine Moraltheorie einzubetten (deduktiv), noch aus der Betrachtung der konkreten Anwendungssituation heraus weitere geeignete ethische Prinzipien oder moralische Regeln abzuleiten (induktiv) (Vieth 2006, S. 49). Die Methode des Kohärentismus gilt als eines der gängigsten Analysewerkzeuge der angewandten Ethik, da in ihr sowohl die Überprüfung der moralischen Argumente als auch die Überprüfung der Anwendbarkeit dieser auf die zu untersuchende Situation oder Technik unter Einbeziehung nicht-moralischer Fakten enthalten sind. In dieser Arbeit soll es darum gehen, prominente Argumente in der Debatte zu überprüfen und zu analysieren. Dafür ist es in Bezug auf Techniken der assistierten Fortpflanzung (*assisted reproductive*

¹⁶ cohaerere (lat.) = zusammenhängen; im folgenden Abschnitt beziehe ich mich hauptsächlich auf die Übersichtsarbeit zu Kohärentismus von Jens Badura (Badura 2002).

¹⁷ Mit *relationaler Kohärenz* wird überprüft, ob eine Aussage innerhalb eines Argumentes widerspruchsfrei in das Argument eingegliedert werden kann. Mit der *systematischen Kohärenz* wird überprüft, wie stimmig das gesamte Argument in sich und in dem zu untersuchenden Sachverhalt wirkt (Badura 2002, S. 198).

technologies, ART) nicht zwingend notwendig, die Argumente in eine Moraltheorie einzubetten (Kymlicka 2000, S. 209 ff.). Die Analyse beinhaltet, innerhalb der Argumente gute Gründe zu benennen, sachliche Informationen zu vergleichen und mögliche Voreingenommenheit aufzuzeigen.

In der praktischen Ethik wird die methodische Frage diskutiert, ob empirische Daten für die moralische Bewertung bestimmter Urteile eine Rolle spielen sollen (siehe Kapitel 2.1). Innerhalb der letzten Jahre hat die empirische Forschung, sei sie von Bioethiker*innen selbst oder von Vertreter*innen anderer Fachrichtungen durchgeführt, einen hohen Stellenwert in der Bioethik erlangt. Wie ich die empirisch erhobenen Daten in meine Analyse der Argumente integriere, soll Gegenstand des folgenden Kapitels sein.

2.4.3 KONTEXTSENSITIVE ETHIK ZUR INTEGRATION EMPIRISCHER DATEN

Ich folge in meiner Arbeit den Ansätzen einer empirischen Ethik (siehe Kapitel 2.1). Dies kann einerseits dadurch geschehen, dass nicht-moralische Informationen mit den moralischen Urteilen in Beziehung gesetzt werden, andererseits auch dadurch, dass nicht-moralische oder moralische Positionen durch andere Personen(gruppen) bewertet werden. Diese Informationen sind Gegenstand empirischer Forschung.

Ziel der Analyse soll die Bewertung von KOMI und die Darstellung der daraus folgenden praktischen Implikationen für die Anwendung im klinischen Kontext sein. Die Analyse beinhaltet zwei methodisch unterschiedliche Ansätze (siehe Kapitel 2.3 und 2.4), welche in einem dritten Arbeitsschritt zusammengeführt werden sollen. Wie diese zwei Arbeitsteile zusammengeführt werden, soll Gegenstand dieses Abschnitts sein.

In Kapitel 3.2 werde ich die Daten der quantitativen Studie auswerten und analysieren. Danach soll im Kapitel 3.3 die Überprüfung der einzelnen Positionen zu KOMI in Bezug auf ihre Kohärenz und Konsistenz folgen. Eine rein auf die interne Kohärenz fokussierte Analyse geht mit der Gefahr einher, nur die innere Schlüssigkeit eines Arguments zu betrachten, ohne die Anwendbarkeit auf einen bestimmten Kontext zu überprüfen (Düwell 2008, S. 44. f.). Daher verwende ich sowohl die unter Kapitel 1 dargestellten Informationen zu gesellschaftlichem Hintergrund als auch die Analyseergebnisse aus Kapitel 3.1 und 3.2, um die in Kapitel 3.3 analysierten Argumente zu kontextualisieren.

Eine Methode, um diese unterschiedlichen Arbeitsergebnisse zusammenzubringen und zu analysieren, stellt die *kontextsensitive Analyse* dar. Mithilfe eines kontextsensitiven Ansatzes versuche ich, Schemata und Deutungskonstrukte zu erkennen, die den Prämissen in den Argumenten zugrunde liegen (Irrgang 1998, S. 16 ff.). Weiterhin bietet eine kontextsensitive Analyse die Möglichkeit, Forschungsstand und soziale Bedingungen in die Reflexion einzubeziehen. Die Argumente werden in einen zeitlichen und sozialen Kontext gebracht (ebd.). Diese Kontextualisierung der Argumente beinhaltet eine Aktualisierung der zugrunde liegenden naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und eine Erörterung der gesellschaftlichen Bedingungen. Die Realisierbarkeit moralischer Forderungen zu überprüfen, gehört laut dem Philosophen Bernhard Irrgang zu den Aufgaben, denen sich die angewandte Ethik stellen muss (ebd., S. 26). Irrgang verfolgt die Methodik der hermeneutischen Analyse, wohingegen ich einen Schwerpunkt auf das Einbeziehen empirischer Informationen lege. Empirische Daten sind insofern ein wichtiger Bestandteil der Analyse, weil sie die Realisierbarkeit moralischer Forderungen und die Plausibilität der vorgebrachten Argumente überprüfen helfen. Meine Arbeit beinhaltet empirische Informationen zum medizinischen Forschungsstand von KOMI und später Mutterschaft, zu soziodemographischen Daten und sozialwissenschaftlichen Erhebungen, z.B. in Hinblick auf die Motivation von Frauen, sich für KOMI zu entscheiden. Auch die Ergebnisse meiner quantitativen Datenerhebung zählen zu den empirischen Daten, welche ich in meiner Arbeit verwende.

Die beschriebene Vorgehensweise meiner Analyse entspricht dem analytisch-deliberativen Prozess, wie ihn Thomas Saretzki, ein politischer Philosoph, für eine Technikfolgenabschätzung vorschlägt (Saretzki 2005, S. 359 f.). Eine rein naturwissenschaftliche Technikbewertung reiche nicht aus, um die „Folgen, Voraussetzungen und Gestaltungsbedingungen“ einer Technologie für die Gesellschaft und die Individuen zu beantworten (ebd.). Meine Art der Analyse ist am ehesten an die Methodik angelehnt, welche die Ethikerin Tanja Krones als „kontextsensitive Bioethik“ beschreibt (Krones 2008). Sie entwickelte eine Methodik für die interdisziplinäre „(sozial-)wissenschaftlich-ethische Analyse“ (ebd., S. 337). Ziel dieser Analyse ist der „reflexive Bezug einer empirischen Analyse der Lebenswelt zum philosophischen sowie gesellschaftstheoretischen, kulturellen ›Überbau‹“ (ebd.). Es werden hierbei empirisch erhobene Daten aus der Lebenspraxis, philosophisch-theoretische Überlegungen wie auch weitere empirische Studien hinzugezogen, um die erhobenen Daten und die philosophisch-theoretischen Überlegungen reflexiv zu überprüfen (ebd., S. 370). Kontextsensitive Ethik erzielt also normative Urteile anhand einer Analyse von ethischen Prinzipien oder Theorien in einer konkreten Situation. Durch empirische Befragung kann

die konkrete Situation genauer beschrieben werden. Ebenso können die ethischen Prinzipien oder Theorien mithilfe empirischer Forschung kritisch überprüft werden. Nach dem Mehrebenenmodell von Tanja Krones bewege ich mich in meiner Arbeit auf der Mikro- und Mesoebene der Analyse, da ich Prinzipien oder Argumente analysiere und diese mit Einschätzungen der RM zusammenführe, um zu einer normativen Bewertung zu gelangen (Tab. 1).

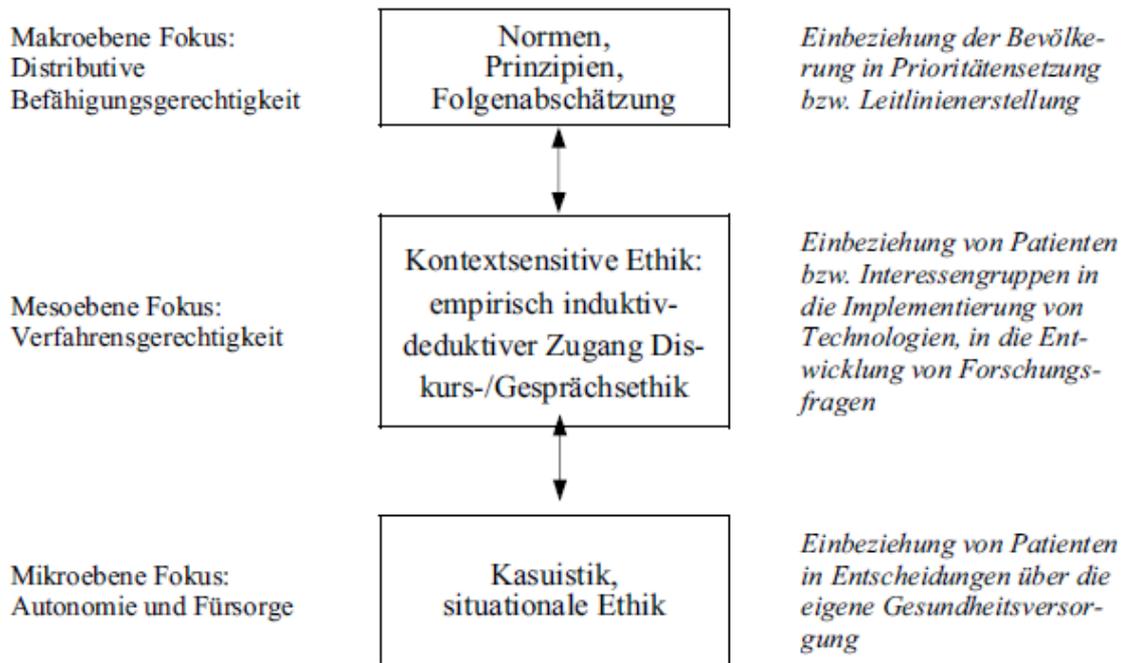


Tabelle 1: Transdisziplinäres Mehrebenenmodell von Krones (Krones 2009, S. 191)

Bei Krones wird diese Methodik in vier Schritte eingeteilt: 1) Konfliktanalyse, 2) deren Überprüfung im empirischen Teil, 3) Kohärenzanalyse, und 4) normative Präskription (ebd., S. 343 f.). In Anlehnung an die Methodik von Krones arbeite ich folgendermaßen: 1) Einschätzung der ethischen Argumente sowie Fragen zur Technik KOMI in einer quantitativen Befragung unter Reproduktionsmediziner*innen, 2) Analyse der ethischen Argumente innerhalb der Debatte, 3) Diskussion und Analyse der Ergebnisse aus den beiden Teilanalysen und den Hintergrundinformationen, 4) normative Präskriptionen. Die kontextsensitive bioethische Analyse führt zu einer „pragmatischen, empirisch validierten normativen Kohärenzanalyse“ (ebd., S. 341). Ich werde in der Verknüpfung der verschiedenen Teilergebnisse, welche nun im folgenden Kapitel 3 dargestellt werden, meine Bewertung in Kapitel 4 begründen.

3 ERGEBNISSE

In diesem Teil der Arbeit möchte ich alle Ergebnisse darstellen, die für die Bewertung von KOMI aus moralischer Sicht relevant sind. Im Kapitel 3.1 werde ich auf die technischen Grundlagen des Verfahrens der Kryokonservierung eingehen sowie den aktuellen Stand der Wissenschaft zu dem Verfahren der Kryokonservierung von Oozyten beleuchten. Aktuelle medizinische Forschungsergebnisse zur späten Mutterschaft sind Gegenstand des Kapitels 3.1.3. Daran anschließend werde ich in Kapitel 3.2 die Ergebnisse meiner empirischen Datenerhebung auswerten. In 3.3, dem letzten Kapitel dieses Ergebnisteils, erfolgt die ausführliche Analyse der ethischen Positionen zu Gleichheit, Autonomie, Natürlichkeit/Normalität und Kindeswohl im Hinblick auf KOMI.

3.1 MEDIZINISCH-TECHNISCHER HINTERGRUND

3.1.1 GRUNDLAGEN KRYOKONSERVIERUNG

Kryokonservierung bezeichnet eine Technik, mit deren Hilfe Zellen oder biologisches Gewebe bei Temperaturen weit unter 0°C (griechisch: krýos = Kälte) aufbewahrt werden können. Wasser als elementarer Bestandteil des Körpers geht dabei vom flüssigen in den kristallinen Zustand über (Meryman 1956). Zu den Prozessen der Kryokonservierung gehören das Gefrieren, Aufbewahren und Auftauen von Zellen oder Gewebe. Ziel der Kryokonservierung ist es, mithilfe von Kryoprotektiva sowie der Optimierung jeweils angewendeter Verfahren, zellschädigende Einflüsse zu minimieren, um so die biologische Aktivität nach dem Auftauen erhalten zu können.

Schäden

Schäden am biologischen Material können während des Ablaufes eines jeden Teilvorganges auftreten. Werden Zellen oder biologisches Gewebe Temperaturen unterhalb des Gefrierpunktes ausgesetzt, gehen damit physikalische Veränderungen einher, welche irreversible Schäden zur Folge haben können. Die Gefrierschäden besitzen eine temperaturabhängige Einteilung. Reversible Schäden an Lipidtröpfchen und Mikrotubuli ereignen sich bis -5°C (Leibo et al. 1996). Fallen die Temperaturen darunter, bilden sich Eiskristalle sowie Brüche in Zona pellucida und Zytoplasma, welche

irreversible Schäden verursachen und zum Zelltod führen können (Rall und Meyer 1989). Insbesondere intrazelluläre Eiskristallbildung gilt als Auslöser für letale Zellschädigung. Eine weitere Gefahr für die Zerstörung zellulärer Strukturen geht von einem osmotischen Ungleichgewicht aus. Um intrazelluläre Eiskristallbildung zu verhindern, werden Dehydration der Zelle sowie Aufnahme von Schutzsubstanzen forciert. Überwiegt jedoch die Dehydration der Zelle gegenüber der Aufnahme der als Wasserstoffmolekül-Substitut wirkenden Schutzsubstanzen, verlieren wichtige Zellbestandteile wie Proteine, RNA, DNA, Phospholipide ihren Schutzmantel aus Wassermolekülen. Funktionsverlust und irreversible Schäden sind die Folge (Shaw und Jones 2003). Einen anderen Ansatz bietet Lovelock mit der Annahme, dass die Erhöhung der intrazellulären Salzkonzentration beim Gefrieren verantwortlich für die Zellschädigung sei (Lovelock 1953).

Viele Theorien und Modelle wurden zu den Ursachen von Zellschäden bei Kryokonservierung entwickelt, wobei die Erforschung der Vorgänge beim Kühlen, insbesondere unter 0°C, sehr schwierig ist und häufig nur vage Rückschlüsse zulässt. Diese unterscheiden sich je nach Untersucher*in (Vajta und Nagy 2006). Die Aufbewahrung findet häufig in flüssigem Stickstoff bei einer Temperatur von -196°C statt. Bei der Aufbewahrung ist unbeabsichtigtes Erwärmen eine Ursache von Zellschäden, wobei beim Erwärmen die oben genannten Prozesse in umgekehrter Reihenfolge ablaufen. Häufig erwähnte Bedenken bezüglich der Aufbewahrung in flüssigem Stickstoff beziehen sich auf die Übertragung von Krankheiten, die aus gelagerten Proben über den Stickstoff auf andere aufbewahrte Proben erfolgen kann. Hierbei ist jedoch hervorzuheben, dass sich zwar Stickstoff-vermittelte Übertragungen von Krankheiten ereignet haben (Tedder et al. 1995), allerdings noch kein Fall in Verbindung mit Embryonentransfer dokumentiert wurde (Vajta und Nagy 2006).

Kryoprotektiva

Um Gefrierschäden zu verringern und die Überlebensraten zu verbessern, werden bei den meisten Verfahren der Kryokonservierung sogenannte Kryoprotektiva verwendet. Diese verhindern die Ausbildung von Eiskristallen bei Temperaturen weit unter 0°C und reduzieren osmotischen Stress (Swain und Smith 2010).

Negative Effekte der Kryoprotektiva sind die toxische Wirkung des Agens auf die Zellen und Schäden durch ein osmotisches Ungleichgewicht aufgrund von extremer Dehydration und Rehydratation (Meryman 1971). Die große Vielfalt der Kryoprotektiva lässt sich in zwei Gruppen einteilen: *penetrierende Kryoprotektiva*, welche die Zellwand durchdringen, und komplexere Moleküle, welche die Zellwand nicht durchdringen und deshalb *nicht*

penetrierende Kryoprotektiva genannt werden (Meryman 1971). Glycerin und Dimethyl-Sulfoxid (DMSO) sowie Ethylenglycol sind wichtige Vertreter der penetrierenden Kryoprotektiva und verhindern vor allem die intrazelluläre Eisbildung. Der Vorteil von Glycerin ist die sehr geringe Toxizität, während DMSO schneller durch die Membran diffundiert (ebd.). Makromoleküle wie Ficoll oder Zucker wie Trehalose und Saccharose sind Vertreter der nicht penetrierenden Kryoprotektiva. Diese entfalten ihre Wirkung durch Verbleiben im Extrazellularraum und entziehen der Zelle aufgrund osmotischer Effekte Wasser, was vor der Bildung von intrazellulärem Eis bei schnell absinkenden Temperaturen schützt (ebd.).

Kryoprotektiva werden entweder einzeln oder in Kombination verwendet. Somit können toxische Effekte der einzelnen Kryoprotektiva reduziert und osmotische Effekte ausbalanciert werden. Je nach Zellart und Verfahren werden unterschiedliche Kryoprotektiva verwendet. Die Toxizität ist abhängig von Expositionsdauer, Konzentration und Expositionstemperatur (Swain und Smith 2010). Dabei wird darauf geachtet, Konzentrationen hoch genug zu halten, um Gefrierschäden zu vermeiden, und so niedrig wie möglich, um die Toxizität gering zu halten (Meryman 2007). Die Komplexität der verschiedenen zu beachtenden Faktoren für die Anwendung der Kryoprotektiva spiegelt sich in der Veröffentlichung zahlreicher unterschiedlicher Protokolle wider (Swain und Smith 2010).

Verfahren

Derzeit verwendete Gefrierverfahren werden in konventionelle Verfahren, ultraschnelle Verfahren und Vitrifikation aufgeteilt. *Konventionelle Verfahren* funktionieren durch ein langsames stufenweises Herabsetzen der Temperatur zwischen 0,3-1°C pro Minute in programmierbaren Einfrierautomaten. Kryoprotektiva werden hier in niedrigeren Konzentrationen eingesetzt, so dass Eiskristallbildung nicht komplett verhindert werden kann. Deshalb wird die kontrollierte Eiskristallbildung außerhalb der Zelle, sogenanntes Seeding, verursacht. Intrazelluläre Flüssigkeit erstarrt bei weiterem Herabsinken der Temperatur zu einem glasähnlichen Zustand (Vajta und Nagy 2006). Je nach Verfahren wird die Temperatur entweder weiter stufenweise gesenkt (langsames Gefrierverfahren) oder bei einer Temperatur um -30°C in flüssigen Stickstoff überführt und dort gelagert (schnelles Gefrierverfahren).

Bei der Anwendung *ultraschneller Gefrierverfahren* wird das biologische Material direkt in flüssigen Stickstoff getaucht. Kryoprotektiva können stark reduziert bis vermieden werden. Allerdings besteht beim Auftauen die Gefahr der Rekrystallisierung, so dass nur

sehr kleines und dünnes organisches Material mit diesem Verfahren prozessiert werden (Meryman 2007).

Bei der *Vitrifikation* werden Zelle und Extrazellularraum in einen amorphen glasähnlichen Zustand gebracht, ohne dass dabei Eis entsteht. Abkühlgeschwindigkeit sowie Kryoprotektiva müssen dabei drastisch erhöht werden. Obwohl Rall und Fahy bereits 1985 erstmalig die erfolgreiche Vitrifikation von Mäuse-Embryonen gelang (Rall und Fahy 1985), galt dieses Verfahren lange Zeit als experimentell und dem konventionellen Gefrierverfahren unterlegen (Vajta und Nagy 2006). Hier sind der osmotische Stress durch die hohe Abkühlgeschwindigkeit und die Toxizität durch die notwendigen hohen Konzentrationen von Kryoprotektiva mögliche Ursachen für Zellschäden (Coticchio et al. 2004). Durch die Kombination mehrerer Kryoprotektiva konnte die Toxizität in neueren Protokollen herabgesetzt werden (Kuleshova und Lopata 2002).

3.1.2 KRYOKONSERVIERUNG VON OOZYTEN

Oozyten können in unterschiedlichen Stadien kryokonserviert werden. Bei der befruchteten Oozyte im Vorkernstadium, im sogenannten Pronukleus-Stadium (PN), liegen die Zellkerne des Spermiums und der Oozyte noch einzeln vor und sind nicht miteinander verschmolzen. Die Oozyte im Metaphase II-Stadium (MII) beschreibt die reife unbefruchtete Oozyte. Weitere Möglichkeiten sind die Kryokonservierung unreifer (immaturer) Oozyten und das anschließende Heranwachsen der Zellen *in vitro*¹⁸ sowie das Einfrieren von Ovarialgewebe. Diese Verfahren werden derzeit vereinzelt zur Therapie bei Krebspatientinnen durchgeführt. Allerdings stellen *In-vitro-Maturation* der Oozyten sowie die Kryokonservierung mehrerer Zelltypen die Wissenschaft vor Herausforderungen, die derzeit in begrenztem Maße bewältigt werden und intensiver Gegenstand der aktuellen Forschung sind (Kim 2006; Wolff et al. 2009). In dieser Arbeit soll es um die Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen, also MII-Oozyten, gehen.

¹⁸ *In vitro* (lat. ‚im Glas‘) bedeutet, dass ein organischer Vorgang außerhalb eines lebenden Organismus stattfindet. Meist sind reproduktionsmedizinische Verfahren gemeint, bei denen Prozesse der menschlichen Fortpflanzung außerhalb des menschlichen Körpers stattfinden bzw. durchgeführt werden, z.B. das Heranreifen der Zellen (*In-vitro-Maturation*) oder die Befruchtung (*In-vitro-Fertilisation*, IVF).

Anwendungsmöglichkeiten

Kryokonservierung von MII-Oozyten als Teil der reproduktionsmedizinischen Praxis wird bei unterschiedlichen Indikationen angewendet.

KMI umfasst solche Behandlungen, bei denen aufgrund medizinischer Ursache unbefruchtete MII-Oozyten nach kontrollierter ovarieller Stimulation kryokonserviert werden. Am häufigsten handelt es sich hierbei um den Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen. Bei der Therapie von Autoimmunerkrankungen mit gonadotoxischen Medikamenten kann *KMI* ebenso angewendet werden. Azoospermie oder nicht erfolgte Spermaabgabe am Punctionstag, Sammeln von Eizellen bei geringer ovarieller Reserve, Zustand nach schwerwiegender Operation bei Endometriose sowie drohendes *premature ovarian failure* (POF) stellen weitere Indikationen für eine Kryokonservierung unbefruchteter Oozyten dar (Huang et al. 2010).

KOMI beschreibt die Kryokonservierung von unbefruchteten MII-Oozyten nach kontrollierter ovarieller Stimulation, um der betreffenden gesunden Frau die Möglichkeit zu geben, zu einem späteren Zeitpunkt, ggf. auch nach der Menopause, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. *social freezing* ist ein weiterer Begriff, der für diese Anwendungsform verwendet wird. Nachfolgend gelten für genannte Abkürzungen die oben formulierten Definitionen (vgl. Abkürzungsverzeichnis). Ich möchte im Folgenden auf die verschiedenen Bezeichnungen eingehen, die in der Auseinandersetzung für *KOMI* gebräuchlich sind und erläutern, warum ich *KMI* und *KOMI* als Abkürzungen verwende.

Wird über das Verfahren der Kryokonservierung von Eizellen gesprochen, kursieren verschiedene Begriffe, um verständlich zu machen, worum es sich dabei handeln soll. Ausdrücke wie *fertility preservation* oder *egg insurance* werden häufig im englischsprachigen Diskurs verwendet. Diese Begriffe implizieren bereits bestimmte Deutungsvarianten oder Handlungsziele. Sie deuten nicht nur darauf hin, dass Eizellen eingefroren und später verwendet werden können. Sie vermitteln darüber hinaus auch den Eindruck, es würde sich bei dem Verfahren entweder um den Erhalt der Fruchtbarkeit oder um eine Versicherung handeln, auch zu einem späteren Zeitpunkt noch ein biologisch verwandtes Kind bekommen zu können. Beide Verständnisweisen sind nicht zutreffend. Aus dem Einfrieren der Eizellen resultiert nicht per se der Erhalt der Fruchtbarkeit, sondern nur die Möglichkeit, zu späterer Zeit ein genetisch eigenes Kind bekommen zu können. *Fertility preservation* wird deshalb von der Sozialwissenschaftlerin Lauren J. Martin zu Recht als irreführender Begriff (*misnomer*) bezeichnet (Martin 2010, S. 533).

social freezing wird im internationalen Kontext am häufigsten als Begriff gebraucht, um sich speziell auf das Einfrieren von Eizellen bei gesunden Frauen zu beziehen. Auch dieser Begriff impliziert gewisse Deutungen, beispielsweise die Interpretation, dass mit dem Einfrieren der Eizellen soziale Fähigkeiten „eingefroren“ werden. Die Ursachen für das gesellschaftliche Interesse sowie für die gesellschaftliche Kritik an diesem reproduktionsmedizinischen Verfahren sind allerdings vielschichtig: Ein gesamtgesellschaftlicher Wandel mit höherer Lebenserwartung, sich ändernde Geschlechterrollen, bessere medizinische Versorgung und eine pluralistische Auffassung von Partnerschaft zählen dazu (Beck-Gernsheim 2010, S. 99 ff.). Auch eine Kritik am neoliberalen Gesellschaftskonzept ist ein Grund dafür, sich mit dem Verfahren KOMI auseinanderzusetzen (Cattapan 2014). Hierbei wird häufig ein leistungs- und wachstumsorientiertes Gesellschaftsverständnis als Grund dafür angesehen, warum Frauen sich für KOMI entscheiden. Allerdings sind die Gründe von Frauen, sich für das Einfrieren von Eizellen zu entscheiden, unterschiedlich (Hodes-Wertz et al. 2013; Stoop et al. 2011). Die Verwendung des Verfahrens sagt meines Erachtens wenig über die soziale Kompetenz oder Beziehungsfähigkeit der jeweiligen Person aus. Mit dem Begriff *social freezing* wird darüber hinaus impliziert, dass es sich bei dem Einfrieren von Eizellen um ein soziales Problem handele, das aus medizinischer Sicht gelöst wird, obwohl es einer sozialen Lösung bedarf. Diese Position wird auch in der medizinethischen Debatte zu KOMI vertreten (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2011). Eine solche Annahme basiert jedoch auf der Vorstellung, dass alle Frauen nach dem Beheben sozialer Missstände ihr Kind zu einem früheren Zeitpunkt bekommen würden. Diese Vermutung halte ich für unplausibel. Wie Studien zeigen, ist derzeit der Hauptgrund von Frauen, ihre Eizellen einfrieren zu lassen, ein fehlender Partner (Hodes-Wertz et al. 2013). Auch nach dem Beheben sozialer Missstände wie patriarchaler Arbeitsmarktstrukturen werden Frauen, die keine Partner*in haben und deshalb den Kinderwunsch aufschieben, auf KOMI zurückgreifen wollen. KOMI wird also unabhängig von sozialen Änderungen für einige Frauen eine Möglichkeit darstellen, die sie nutzen möchten. Auch aus diesem Grunde ist der Name *social freezing* irreführend.

Die Ausdrücke „Einfrieren von Eizellen von gesunden Frauen“ für KOMI und „Einfrieren von Eizellen mit medizinischer Indikation“ für KMI sind am besten geeignet, die Anwendungsmöglichkeiten der Technik möglichst sachlich zu beschreiben und dabei das jeweilige Motiv für das Einfrieren zu deutlich zu machen. Ich verwende in meiner Arbeit aus den hier dargelegten Gründen die Akronyme KOMI und KMI. In Bezug auf eine moralische Bewertung der beiden Anwendungsbereiche ist allerdings unklar, inwiefern

überhaupt ein Unterschied zwischen KMI und KOMI gemacht werden sollte (Petropanagos 2010).

Techniken

Während die Kryokonservierung von Spermien schon relativ früh als Routineverfahren in der Reproduktionsmedizin etabliert wurde, hatte die Kryokonservierung von MII-Oozyten wegen deren hohen Wassergehaltes, ihrer Größe und der Membranpermeabilität wenig Erfolg (Gook 2011). Die erste Kryokonservierung von Mäuse-Oozyten gelang 1958 (Sherman und Lin 1958), die ersten Lebendgeburten nach Kryokonservierung von Oozyten der Maus wurden 1976 beschrieben (Parkening et al. 1976). In den 1980er Jahren erfolgten die ersten Berichte über Schwangerschaften nach Kryokonservierung humaner MII-Oozyten (Chen 1986), allerdings blieben die Erfolgsraten gering. Die klassische Gefriermethode (*slow freezing*) findet schon längere Zeit Verwendung im klinischen Kontext. Nach Einführung der ICSI¹⁹ (Porcu et al. 1997; Tucker et al. 1996) sowie Erhöhung der Sucrose-Konzentration in der Lösung der Kryoprotektiva (Fabbri et al. 2001) verbesserten sich Schwangerschafts- und Lebendgeburtsraten nach Kryokonservierung.

Kurz nach den ersten Erfolgen mit *slow freezing* wurde das Verfahren der *Vitrifikation* weiterentwickelt. Nach Experimenten mit verschiedenen Kryoprotektiva schien die Vitrifikation mit Ethylenglycol gute Ergebnisse zu erzielen (Ali und Shelton 1993). Die erste Geburt nach Vitrifikation, Auftauen und Befruchten einer MII-Eizelle erfolgte im Jahr 1999 (Kuleshova et al. 1999). Um das Verfahren in die klinische Praxis einzuführen, waren jedoch verbesserte Überlebensraten nach dem Auftauen erforderlich. Verbesserte Raten wurden durch das Verkleinern der Kunststoffträger erzielt, welche für den Prozess des Gefrierens und zur Aufbewahrung verwendet werden. Das Ziel, mit möglichst kleinem Volumen höhere Gefrier- und Auftauraten zu erlangen, konnte mit der Entwicklung der Cryotop-Methode (Kuwayama et al. 2005) oder der Cryoleaf-Methode (Chian et al. 2009) erreicht werden. Somit wurden Überlebensraten der Eizelle nach dem Auftauen von über 90% erzielt (Kuwayama et al. 2005). Das Forscherteam um Ana Cobo wies im Jahr 2008 erstmalig vergleichbar gute Daten zu Fertilisation, Implantation und Schwangerschaft von Cryotop-konservierten Oozyten im Vergleich zu frischen *in vitro* fertilisierten Oozyten nach (Cobo et al. 2008). Diese Studienergebnisse sind im Rahmen von Eizellspende-

¹⁹ *ICSI* ist die Abkürzung für intrazytoplasmatische Spermieninjektion. Sie ist ein reproduktionsmedizinisches Verfahren, bei dem ein Spermium mithilfe einer Stechkanüle direkt in die Eizelle gebracht wird. Da sich die Zona pellucida der Eizelle durch die Kryokonservierung verhärten kann, erhöht die ICSI-Methode die Erfolgsraten der Befruchtung.

programmen entstanden. Die Frauen, die ihre Eizellen gespendet haben, waren im Durchschnitt 26,7 Jahre (+/- 3,6). Studien, in den Frauen Eizellen zum eigenen Nutzen entnehmen und per Vitrifikation einfrieren ließen, waren im Verhältnis älter als Frauen, welche ihre Eizellen spendeten (Levi Setti et al. 2014: ≤ 34 bis ≥ 43 Jahre; Rienzi et al. 2009: 35.5+/-4.8 Jahre). Sie zeigen unterschiedliche Auftau-, Fertilisations-, und Schwangerschaftsraten im Vergleich zu frischen Eizellen. Rienzi et al. weisen vergleichbare Ergebnisse vor, bei Setti et al. sind die Erfolgsraten im Vergleich zu frischen Eizellen niedriger (ebd.). Eine Implantationsrate²⁰ pro aufgetauter Oozyte ist einer Metaanalyse von Broomfield et al. zu entnehmen. Sie beträgt bei der Verwendung von Vitrifikation 7,7% (Broomfield et al. 2011).

Die Schwangerschaftsrate pro Embryotransfer betrug 18,0% bei Levi Setti et al. und 30,8% bei Rienzi et al. (Levi Setti et al. 2014; Rienzi et al. 2009). Allerdings gibt es noch keine Lebendgeburtensraten aus großen randomisierten kontrollierten Studien (RCT) zu Vitrifikation von Oozyten, was die Interpretation von Erfolgsraten des Verfahrens erschwert (Glujovsky et al. 2014). Insbesondere das Alter der Frau und die Anzahl der eingefrorenen Eizellen sind entscheidend für die anschließende Erfolgsrate von Auftauen, Fertilisation, Implantation des resultierenden Embryos und der Schwangerschaft (Cil et al. 2013). Bei Frauen im Alter von 36 Jahren beträgt die mögliche Lebendgeburtensrate bei zwei eingefrorenen Oozyten derzeit ca. 15% laut Berechnungen von Cil et al. (ebd.). In dieser bis dato einzigen Meta-Analyse, in der Alter und Erfolgsrate von Kryokonservierung miteinander korreliert werden, sinken die Erfolgsraten unabhängig vom Verfahren *slow freezing* oder *Vitrifikation* insbesondere über einem Alter von 36 Jahren (ebd., S. 496). Aufgrund der niedrigen Erfolgsraten sollte nach Einschätzung der Autor*innen ab einem Alter von ungefähr 42 Jahren die Kryokonservierung von Eizellen nur in Ausnahmefällen angeboten werden (ebd.). Die Technik der Vitrifikation geht mit statistisch signifikant höheren Erfolgsraten im Vergleich zu langsamen Gefrierverfahren einher (ebd., S. 498). In aktuellen Studien gilt die Vitrifikation von unbefruchteten Eizellen derzeit als eine den konventionellen Gefrierverfahren überlegene Methode (z.B. Herrero et al. 2011; Konc et al. 2014). Klinische Schwangerschaftsraten (*clinical pregnancy rate*) und Schwangerschafts-

²⁰ Üblicherweise bezieht sich die Implantationsrate in der Reproduktionsmedizin auf den Prozentsatz der in den Uterus eingenisteten Embryonen im Verhältnis zu den transferierten Embryonen. In dieser Studie wird die Implantationsrate abweichend davon pro aufgetauter Eizelle angegeben, daher sind die Erfolgsraten niedriger, geben allerdings einen guten Anhaltspunkt dafür, wie viele Eizellen benötigt werden, um eine erfolgreiche Implantation zu erzielen.

raten (*ongoing pregnancy rate*²¹) führen zu einem positiven Bias der Erfolgsraten für eine Schwangerschaft, da die Lebendgeburtraten niedriger als die beiden vorher genannten sind. Daher sind RCTs, in denen auch Lebendgeburtraten erhoben werden, notwendig, um verbindlichere Aussagen über die Erfolgsraten von KOMI machen zu können.

Geburtsmedizinische und perinatale Auswirkungen

Bei der Kryokonservierung werden nach dem Auftauprozess die Oozyten in vitro fertilisiert und intrauterin platziert. Somit fließen auch die Risiken einer IVF-Behandlung (siehe Fußnote 18) in die Betrachtung der Auswirkungen ein. Hauptrisiken bei IVF-Behandlungen sind Frühgeburtlichkeit und daraus resultierende Folgeschäden, niedriges Geburtsgewicht und erhöhte perinatale Mortalität. Ein wesentlicher Risikofaktor ist die Mehrlingsschwangerschaft, die um ein Vielfaches häufiger auftritt als bei natürlicher Schwangerschaft (Deutsches IVF Register 2008). Damit einher geht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Frühgeburtlichkeit, niedrigem Geburtsgewicht sowie perinataler Morbidität und Mortalität (Hart und Norman 2013; Sutcliffe und Ludwig 2007; Olivennes et al. 2002). Publikationen zu angeborenen Fehlbildungen nach IVF weisen widersprüchliche Ergebnisse auf. Während bei einer Vielzahl von Kindern keine erhöhten Risiken für Malformationen durch IVF konstatiert werden (Isaksson 2002; Olivennes et al. 2002), beschreiben andere Studien deutlich erhöhte Risiken für Geburtsfehler (Hansen 2004).

Die maternalen Risiken beziehen sich auf das ovarielle Hyperstimulationssyndrom (Kumar et al. 2011) sowie im Schwangerschaftsverlauf erhöhte Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten von Placenta praevia, Plazentaablösung und Gestationsdiabetes. Derzeit sind die Komplikationen von IVF in Deutschland gering. In 0,9% der Fälle treten Komplikationen wie vaginale Blutungen bei der Eizellentnahme auf, in 0,25% der Fälle tritt ein mäßiggradiges OHSS mit Übelkeit, Erbrechen und nachweisbarem Aszites auf (Deutsches IVF Register 2014, S. 34 f.). Mehrlingsschwangerschaften gelten als Risikoschwangerschaften. Die Wahrscheinlichkeit einer intensivmedizinischen Betreuung ist um den Faktor 15 erhöht (Diedrich 2008). In 20,7% der Fälle ist im Jahr 2013 nach IVF eine Zwillingsgeburt eingetreten (Deutsches IVF Register 2014, S. 15).

Während für die Bewertung von IVF und ICSI eine große Anzahl von Schwangerschaften und Geburten herangezogen werden kann, ist die Auswertung der Daten zu Kryo-

²¹ *Clinical pregnancy rate* und *ongoing pregnancy rate* sind Fachtermini der Reproduktionsmedizin. Als klinische Schwangerschaft wird ein sonographischer Nachweis eines Gestationssacks definiert. Die Definitionen für eine fortlaufende Schwangerschaft sind nicht einheitlich. Meist wird darunter eine Schwangerschaft nach der 12. Schwangerschaftswoche verstanden.

konservierung von Oozyten schwieriger. Ein Kollektiv mit noch geringer Anzahl geborener Kinder nach Kryokonservierung von Oozyten, weltweit im Jahr 2015 über 2100 Kinder, wurde hauptsächlich in kleinen Fallstudien bewertet (Cobo et al. 2014; Chian et al. 2008; Noyes 2009; Levi Setti et al. 2013). Dies erschwert die Vergleichbarkeit und die Aussagefähigkeit möglicher Thesen. Gefahren bestehen vor allem hinsichtlich einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsanomalien aufgrund von Gefrierschäden oder Toxizität durch Kryoprotektiva. In zwei größeren dazu erschienenen Studien zeigte sich kein vermehrtes Auftreten von Entwicklungsschäden (Borini et al. 2008; Tur-Kaspa et al. 2007). In einer Meta-Analyse mit über 900 Kindern, die nach *slow freezing* oder Vitrifikation geboren wurden, betrug die ermittelte Malformationsrate 1,3% (Noyes 2009). In einer weiteren Studie mit 200 Neugeborenen nach Vitrifikation von Eizellen, welche nicht in der Meta-Analyse von Noyes et al. enthalten ist, beträgt die Malformationsrate 2,5% (Chian et al. 2008). Buckett und Chian kommen in einem Vergleich mehrerer Reviews zum Outcome nach Kryokonservierung von MII-Oozyten auf ein 1,5fach erhöhtes Risiko für eine angeborene Fehlbildung (Buckett und Chian 2010). In einer retrospektiven Kohortenstudie mit 1027 geborenen Kindern nach Vitrifikation von Eizellen wurden keine erhöhten Raten für Malformationen (1,7%) festgestellt (Cobo et al. 2014). Diese Ergebnisse befinden sich alle innerhalb des Rahmens der Malformationsrate bei Spontangeburt, die bei ungefähr 3% liegt (Queißer-Luft und Spranger 2006). In einer Studie von Belva et al. ist die Malformationsrate bei den Neugeborenen nach Kryokonservierung von Embryonen doppelt so hoch (6,4%, N=937) wie in der Kontrollgruppe (3,2%, N=5719) (Belva et al. 2008). Abgesehen von den oben beschriebenen Risiken einer IVF-Behandlung scheint die Kryokonservierung keine zusätzlichen negativen Auswirkungen zu haben (Wennerholm et al. 2009; Cobo et al. 2014). Eine noch bei Wennerholm et al. beschriebene erhöhte Rate an Frühgeburtlichkeit bei Vitrifikation konnte in einer Studie von Wikland et al. nicht bestätigt werden (Wikland et al. 2010). Eine Studie zu neonatalem und perinatalem Outcome nach Kryokonservierung von 855 MII-Oozyten resultierte in 197 Lebendgeburten, welche mit einer Kontrollgruppe von 757 Geburten (erzielt nach Befruchtung frischer Eizellen) verglichen wurden (Levi Setti et al. 2013). Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich fetaler Anomalien (1,5% vs. 0,8%) und Geburtsanomalien (2,8% vs. 4,6%). Statistisch signifikant erhöht war bei der Studiengruppe die Spontanabortrate bis zur 12. Schwangerschaftswoche (26,9%) im Vergleich zur Kontrollgruppe (17,6%). Das fetale und perinatale Outcome scheint sich bei Geburten nach Einfrieren der Eizellen nicht von den Geburten, welche mit frischen Eizellen erzielt wurden, zu unterscheiden (ebd.).

Auch die kongenitale Anomalierate scheint sich zwischen diesen beiden Gruppen nicht statistisch signifikant zu unterscheiden (ebd.).

Diese Ergebnisse sind kritisch zu bewerten, etwa aufgrund von statistischer Verzerrung der Ergebnisse durch kleine Fallzahlen oder nicht in die Studien eingehende Spontanaborte. Des Weiteren erschweren unterschiedliche Parameter die Vergleichbarkeit der Studien. Die Anwendung unterschiedlicher Verfahren (*slow freezing* oder Vitrifikation), die Verwendung unterschiedlicher Kryoprotektiva und Aufbewahrungssysteme (Bsp.: Cryoleaf oder Cryotop) sowie die unterschiedlichen Gründe dafür, warum Eizellen kryokonserviert werden (etwa *low responder*, die Bereitschaft zur Eizellspende, Anlegen einer eigenen Eizellreserve) können Auswirkung auf die Erfolgsquoten und das Outcome haben (Cil und Seli 2013, S. 248).

Der derzeitige Wissensstand zu Entwicklung von Kindern nach Kryokonservierung von Oozyten ist begrenzt, scheint aber die Befürchtung eines erhöhten Risikos von Entwicklungsschäden nicht zu unterstützen. Weitere Studien mit größeren zu untersuchenden Kollektiven sowie Langzeit-Follow-Up-Studien, insbesondere für Vitrifikation, werden benötigt, um detailliertere Aussagen machen zu können. Randomisierte kontrollierte Studien mit ähnlichen Parametern sind notwendig, um die Vergleichbarkeit der Studien untereinander zu erhöhen und die Auswirkung der Verfahren besser nachvollziehen zu können (ebd.).

3.1.3 SPÄTE MUTTERSCHAFT

Eigene Eizellen einfrieren zu lassen, ermöglicht Frauen eine Schwangerschaft auch im höheren Lebensalter, da die Erfolgsraten für eine Schwangerschaft hauptsächlich vom Alter der Frau zum Zeitpunkt des Entnehmens und Einfrierens der Eizellen abhängig sind (siehe Kapitel 3.1.2). Allerdings kann eine späte Mutterschaft²² mit einigen Risiken einhergehen. In diesem Kapitel möchte ich auf die medizinische Diskussion der Schwangerschaft im fortgeschrittenen Lebensalter näher eingehen.

Späte Mutterschaft ist ein unklar definierter Begriff. Medizinisch gesehen werden Schwangerschaften ab einem Alter der Frau von 35 Jahren als Risikoschwangerschaft

²² Ich werde im Folgenden sowohl den Begriff der späten Mutterschaft als auch den Begriff der späten Schwangerschaft verwenden. Darunter verstehe ich eine Schwangerschaft frühestens ab einem Lebensalter von 35 Jahren (medizinische Definition).

gewertet (Gerhard und Feige 2005, S. 53). Indem biochemische Blutwerte erhoben und Ultraschalluntersuchungen ausgewertet werden, sind allerdings genauere Aussagen für eine Risikoschwangerschaft möglich, als dies mit einer starren Altersfestlegung der Fall wäre (Ritzinger et al. 2011, S. 114). Unklar ist, ob Schwangerschaften nach der Menopause auch zu späten Schwangerschaften gezählt werden oder ob sie einen eigenen Komplex bilden. Dies hängt auch davon ab, ob spezifische Risiken ausgemacht werden können, die nur für die Gruppe der postmenopausalen Schwangerschaften zutreffen. Eine Schwierigkeit bei Studien zu später Mutterschaft ist die Ungenauigkeit von Angaben über Risiken ab dem 40. Lebensjahr (Carolan et al. 2013). Viele Studien erfassen alle Schwangerschaften ab 40 Jahren in einer Gruppe, dabei wäre eine Aufteilung von 40 bis 45 Jahren, 45 bis 50 Jahren und 50 bis 55 Jahren notwendig. Nur wenige Studien weisen eine solche Unterteilung auf.

Späte Mutterschaft geht mit erhöhten Risiken einher (z.B. Balasch und Gratacós 2012; Cleary-Goldman et al. 2005; Glasser et al. 2011; Kenny et al. 2013; Ritzinger et al. 2011; Schmidt et al. 2011). Die Risiken nehmen mit zunehmendem Alter kontinuierlich, aber nicht exponentiell zu²³ (Kenny et al. 2013; Cleary-Goldman et al. 2005). Chromosomale Fehlbildungen, insbesondere Trisomien nehmen an Häufigkeit ab einem Alter von 35 Lebensjahren der Frau zu (Cleary-Goldman et al. 2005). Die prozentuale Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer Trisomie zu gebären, beträgt bei Frauen in der Altersgruppe über 40 Jahren 1,9% (ebd.). Da diese chromosomalen Fehlbildungen mit dem Alter der Eizelle assoziiert sind (Tachibana-Konwalski et al. 2013), fallen sie bei KOMI erst dann ins Gewicht, wenn Frauen im Alter von 40 Jahren und älter ihre Eizellen entnehmen lassen.

Schwangerschaftsdiabetes und Präeklampsie sind nach den meisten Studien bei später Schwangerschaft deutlich häufiger. Sie treten in 10-20% der Schwangerschaften auf (Cleary-Goldman et al. 2005; Yogev et al. 2010). Bluthochdruck wird in einigen Studien als eigener Risikofaktor gewertet, der mit Schwangerschaft im höheren Alter an Bedeutung gewinnt (Yogev et al. 2010). In anderen Studien ist die Zunahme von Bluthochdruck bei Schwangerschaften im höheren Lebensalter nur grenzwertig statistisch signifikant (Cleary-Goldman et al. 2005) oder als Risikofaktor gar nicht explizit erwähnt (Dildy et al. 1996). In einer populationsbasierten Studie aus Australien basierend auf Daten von 2005 bis 2006 wurden die Alterskategorien 40-45 Jahre und über 45 Jahre untersucht (Carolan et al. 2013). In dieser Studie trat Präeklampsie bei schwangeren Frauen über 45 Jahren in 4,6% der Fälle auf im Vergleich zur Inzidenz von 2,5% bei 30-34-jährigen Schwangeren

²³ Dieser Hinweis ist deshalb von Bedeutung, weil er die Festlegung einer bestimmten oberen Altersgrenze erschwert.

(ebd.). Gestationsdiabetes trat bei 9,7% der über 45-jährigen Frauen auf, Placenta praevia bei 4,6% in dieser Gruppe. Im Vergleich dazu trat ein Gestationsdiabetes in der Gruppe der 20-34-jährigen Schwangeren nur halb so oft auf, bei Placenta praevia betrug die Häufigkeit in dieser Gruppe sogar nur 1%. Insgesamt trat allerdings bei 80% der schwangeren Frauen über 45 Jahren keine der genannten Komplikationen auf (ebd.). Bei Dildy et al. erfuhren 53% der über 45-jährigen Schwangeren keine Komplikationen (Dildy et al. 1996). Alle Studien weisen eine vergleichsweise viel höhere Inzidenz von Geburten durch Kaiserschnitt²⁴ auf. Sie werden bei 30-50% der Geburten von Frauen über 45 Jahren durchgeführt (z.B. Jacobsson et al. 2004, Carolan et al. 2013).

Risiken für das Neugeborene sind vor allem Frühgeburtlichkeit und niedriges Geburtsgewicht (Cleary-Goldman et al. 2005; Jacobsson et al. 2004; Carolan et al. 2013). Auch hier sind die Inzidenzen bei schwangeren Frauen über 45 Jahren (14,3% und 12,6%) höher als in der Gruppe der 30-34-Jährigen (6,1% und 6,1%). Diese Ergebnisse ähneln den Inzidenzen in anderen Studien (Cleary-Goldman et al. 2005; Jacobsson et al. 2004). Perinatale Mortalität und intrauteriner Fruchttod kommen ebenfalls mit steigendem Lebensalter der Frau gehäuft vor (ebd.). Sie sind allerdings insgesamt seltene Ereignisse und rangieren in der Häufigkeit zwischen 0,007% bis maximal 1% (ebd.).

Hohes mütterliches Alter wird als unabhängiger und direkter Risikofaktor für Komplikation in der Schwangerschaft genannt (Ritzinger et al. 2011; Balasch und Gratacós 2012). Andere bezweifeln, dass hohes mütterliches Alter ein unabhängiger Risikofaktor ist (Sauer et al. 1996; Carolan et al. 2013). So schreibt der Reproduktionsmediziner Mark Sauer, dass es fraglich sei, ob zwischen Alter und erhöhtem Risiko ein linearer Zusammenhang bestehe:

„It is often difficult to determine if the observed increase is due to age alone or to other confounding variables such as pre-existing disease, obesity, parity and socio-economic factors“ (Sauer et al. 1996, S. 2542).

Die zugrunde liegenden Vorerkrankungen sowie der körperliche Allgemeinzustand, etwa beeinflusst durch übermäßigen Nikotingebrauch oder Übergewicht, scheinen bedeutende Prädiktoren für Schwangerschaftskomplikationen zu sein. Auch Carolan et al. beschreiben, dass der Einfluss der vorausgehenden maternalen Gesundheit auf die Schwangerschaft im höheren Lebensalter nicht ausreichend untersucht ist (Carolan et al. 2013). Auch die

²⁴ Gründe dafür könnten eine verminderte myometriale Kontraktionsfähigkeit des Uterus sein, welche zu protrahierten Geburtsverläufen oder Geburtsstillstand führen kann (Toshimitsu et al. 2014). Auch psychologische Faktoren wie die Angst vor Geburtskomplikationen von der Schwangeren oder dem ärztlichen Personal können eine Ursache dafür sein, im höheren Lebensalter der Frau einen Kaiserschnitt durchzuführen (Aasheim et al. 2013).

Tatsache, ob es sich um eine Primiparität oder Multiparität handelt, ist relevant (ebd.). Insgesamt scheint das höhere maternale Alter mit höheren geburtsmedizinischen und perinatalen Risiken einherzugehen. Generell scheint es allerdings ein positives Outcome der Schwangerschaft nicht zu gefährden (Bianco et al. 1996; Carolan et al. 2013; Cleary-Goldman et al. 2005; Dildy et al. 1996; Jacobsson et al. 2004).

Es fällt auf, dass in der Diskussion um späte Mutterschaft protektive Faktoren selten erwähnt werden. Ein hoher sozioökonomischer Status verringert beispielsweise das Risiko einer Frühgeburtlichkeit im Alter beträchtlich (Peters 2010, S. 42; Carolan et al. 2013). Erst holistische Studien, wie sie bereits zu Altersmortalität existieren, könnten genauer die Effekte bestimmter Risikofaktoren und die Ursachen der Ereignisse unterscheiden helfen (Peters 2010, S. 39). Ebenso unterrepräsentiert finden sich Studien zu Risiken des höheren männlichen Alters für die Schwangerschaft und Geburt in der medizinischen Forschung. Bei einer im Januar 2014 durchgeführten PubMed-Recherche ergab die Suche mit dem Stichwort *late motherhood* 109 Ergebnisse im Vergleich zu 17 Ergebnissen mit *late fatherhood*²⁵. Die späte Schwangerschaft erscheint mit Blick auf diese Teilergebnisse als ein allein durch die Frau positiv oder negativ beeinflussbares Ereignis, konzentriert auf das Alter der Frau und losgelöst von sozioökonomischen und psychischen Faktoren. Es existiert weiterer Forschungsbedarf insbesondere mit kleinstufigeren Alterskategorien auch in Gruppen der über 45-jährigen Frauen unter stärkerer Berücksichtigung von vorausgehendem Gesundheits- und sozioökonomischen Status sowie Alter des Vaters (Carolan et al. 2013; Ritzinger et al. 2011).

²⁵ PubMed Recherche vom 22.01.2014: Mit weiteren Suchkombinationen ([advanced age], [postponed] AND [motherhood]; [advanced age], [postponed] AND [fatherhood]) ergaben sich ähnliche Verhältnisse der Ergebnisse, allerdings bei sehr geringer Artikelanzahl (max. 7). MeSH-Terms zu diesem Thema konnten nicht ermittelt werden.

3.2 AUSWERTUNG DER STUDIE

Die Bewertung der medizinischen Risiken, welche mit KOMI und einer späten Mutterschaft einhergehen, waren ebenso wie die Beurteilung ethischer Aspekte zu KOMI Gegenstand der quantitativen Datenerhebung unter Reproduktionsmediziner*innen. Ich habe darüber hinaus die Einschätzung zu Angebot und Nachfrage der medizinischen Leistung der Kryokonservierung von Eizellen sowie Positionen zu einer möglichen rechtlichen Regulierung erhoben. Die genaue Beschreibung der Methodik zu Konzeption und Aufbau dieser Fragebogenstudie findet sich in Kapitel 2.3. In diesem Kapitel erläutere ich die Methodik der Auswertung. Im Anschluss daran erfolgt die ausführliche Darstellung der Ergebnisse.

Die Datenanalyse erfolgt in Bezug auf die quantitativen Daten mittels Häufigkeitszählungen und Kreuztabellen. Die befragten Personen hatten über die vorgegebenen Fragen hinaus die Möglichkeit, ihre persönliche Position zu KOMI als Freitext anzugeben, falls sie ihre Argumente im Fragebogen nicht vertreten fanden. Diese Antworten habe ich separat ausgewertet. Ich habe dafür eine qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring vorgenommen (Mayring 2000, 2003). Die Freitextkommentare wurden dafür in bestehende Kategorien eingeordnet, wenn es Bemerkungen zu Themen waren, die bereits im Fragebogen abgefragt wurden. Ansonsten habe ich neue Kategorien gebildet, um die Antworten zu ordnen und inhaltlich auszuwerten (Mayring 2003, S. 43). Die Auswertung wurde unterstützt von der Abteilung für Medizinische Statistik der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mit den Programmen Statistica 5.1 und SPSS für Windows 12.0. Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson habe ich die Unabhängigkeit des Antwortverhaltens von einer bestimmten Gruppenzugehörigkeit, z.B. Geschlecht, überprüft. Das Signifikanzniveau habe ich mit $p=0,05$ festgelegt.

Die Zahl der auswertbaren Fragebögen beträgt $N_{\text{gesamt}}=136$. Im Folgenden bedeutet N die Gesamtzahl aller Antworten in einer Frage, n bezieht sich jeweils auf einen Teil von N. Einige Fragen wurden nicht von allen Personen beantwortet. Die Gesamtzahl der Antworten zu einer Frage schwankt und ist bei einigen Fragen kleiner als $N=136$. Gründe dafür könnten sein, dass einige Fragen aufgrund des ethischen Inhalts als schwierig zu beantworten galten. Ich habe weder die Option „weiß nicht“ noch die Option „möchte nicht antworten“ als Antwortmöglichkeit angeboten. Einigen Befragten waren die Fragen

teilweise zu unpräzise gestellt²⁶. Da Gesamtzahl der Antworten sich zwischen den Fragen unterscheidet, habe ich N zu jeder diskutierten Frage angegeben. Der genaue Wortlaut der Fragen kann dem Fragebogen entnommen werden, welcher im Anhang unter 5.1. in der Originalform zu finden ist. Wenn ich in der der Analyse von Zustimmung oder Ablehnung spreche, so beziehe ich mich jeweils auf die zusammen addierten Werte von „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ oder „stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“.

3.2.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Tabelle 2 gibt Aufschluss über die soziodemographischen Daten, die ich im Rahmen der Studie erhoben habe. Die Gesamtzahl der Befragten beträgt $N_{\text{gesamt}}=136$. Die Rücklaufquote belief sich damit bei 264 angeschriebenen Personen auf 51,8%. Der Anteil an Ärztinnen und Ärzten entspricht statistisch gesehen einer normalen Verteilung der Ärzt*innenschaft in Deutschland. Alle Altersgruppen sind vertreten, den größten Anteil macht die Gruppe der über 50-Jährigen aus. Auch das entspricht der Normalverteilung von niedergelassenen Ärzt*innen in Deutschland. Ebenso entspricht die Religionszugehörigkeit der üblichen Verteilung in Deutschland. Es handelt sich also um eine normalverteilte Grundgesamtheit.

²⁶ In den Freitextkommentaren [37, 64] wird darauf eingegangen.

Soziodemographische Daten bei N=136

Geschlecht	weiblich	34,6%	n=47
	männlich	65,4%	n=89
Alter ²⁷	<40 Jahre	9,6%	n=13
	40 bis 50 Jahre	35,6%	n=48
	>50 Jahre	54,8%	n=74
Religion	evangelisch	33,8%	n=46
	katholisch	30,1%	n=41
	muslimisch	2,9%	n=4
	keine	33,1%	n=45
	jüdisch	0%	
	andere	0%	
Berufserfahrung	bis zu 5 Jahre	6,6%	n=9
	6-10 Jahre	8,8%	n=12
	11-20 Jahre	50,0%	n=68
	mehr als 20 Jahre	34,6%	n=47
eigene Kinder	0	8,8%	n=12
	1	16,2%	n=22
	2	41,2%	n=56
	3	22,8%	n=31
	4	5,9%	n=8
	>4	5,1%	n=7

Tabelle 2: Soziodemographische Daten

²⁷ Die Altersangaben addieren sich zu einer Anzahl von N=135 aufgrund einer fehlenden Angabe.

3.2.2 FRAGEN ZUR PRAXIS DES VERFAHRENS

In diesem Abschnitt des Fragebogens habe ich Informationen zur klinischen Praxis des Verfahrens KOMI erfragt. Ich habe erhoben, welche Ärzt*innen²⁸ KMI und welche KOMI anbieten. Weiterhin habe ich erfragt, welche Ärzt*innen das Verfahren innerhalb der nächsten zehn Jahre anbieten möchten und wie häufig die Verfahren KMI und KOMI in der Praxis innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr durchgeführt worden sind. Im Anschluss an die Analyse der Daten finden sich die jeweils dazu relevanten Graphiken.

Derzeit bieten 89,6% der Befragten (n=121) KMI an²⁹ (Abb. 2). Nur 10,4% (n=14) bieten KMI nicht an (bei N=135). Fast alle Ärzt*innen (89,6%) bieten KMI an. Obwohl es sich um dieselbe Technik handelt, bieten nicht einmal halb so viele KOMI an (Abb. 3). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung bietet die Mehrheit der Befragten (58,8%; n=80) KOMI nicht in ihrer Praxis an (bei N=136). Dem Fragebogen kann nicht entnommen werden, wie viele Zentren KOMI anbieten, da ich nur Einzelpersonen befragt habe. Das heißt, ich kann keine Aussage darüber machen, ob das Angebot von KOMI im gesamten Bundesgebiet von Deutschland erfolgt oder nur in einigen wenigen großen Zentren.

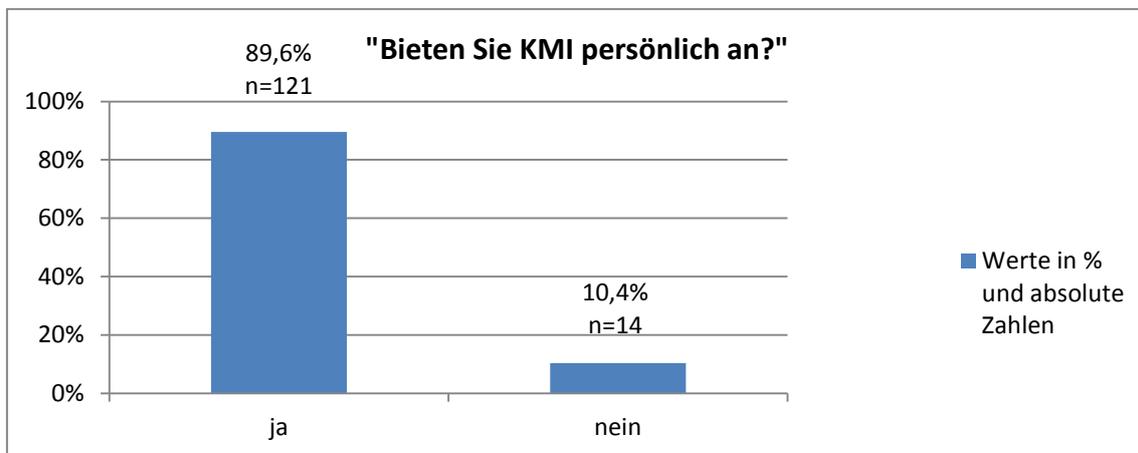


Abbildung 2: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KMI persönlich anbieten (N=135)

²⁸ Ich werde in der Auswertung dieses Fragebogens das Studienkollektiv als Reproduktionsmediziner*innen, Ärzt*innen oder Mediziner*innen bezeichnen. Es handelt sich dabei immer um das befragte Studienkollektiv und nicht um unterschiedliche Gruppen.

²⁹ In der Konsistenzkontrolle zu dieser Frage ergab sich eine Person, welche die Items „KMI anbieten“ und „keines der beiden Verfahren“ angekreuzt hat [18]. Da nicht nachzuvollziehen ist, ob die Person KMI anbietet und aus Versehen „keines der beiden Verfahren“ angekreuzt hat oder umgekehrt, habe ich diese Antwort herausgerechnet. Daher ist bei dieser Frage N=135.

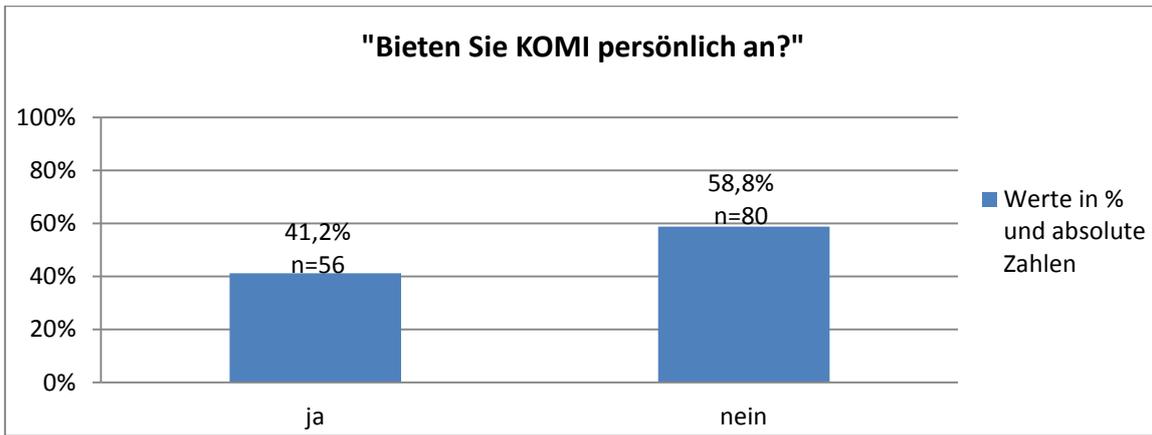


Abbildung 3: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KOMI (social freezing) persönlich anbieten (N=136)

Auf die Frage, welche Verfahren die Ärzt*innen innerhalb der nächsten 10 Jahre anbieten wollen, gab es bezüglich KMI ein klares Votum von 100% für ein Angebot des Verfahrens in der Zukunft (Abb. 4, bei N=132). KOMI wird gemäß dieser Erhebung die Mehrheit der Befragten anbieten. 68,4% (n=93) der befragten RM planen innerhalb der nächsten 10 Jahre KOMI anzubieten (Abb. 5, bei N=132). Im Vergleich dazu wollen nur 31,6% (n=43) KOMI auch in zehn Jahren nicht anbieten. KOMI wird also voraussichtlich in der Zukunft von mehr Ärzt*innen angeboten werden, als dies zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch der Fall war, wenn auch weniger häufig als KMI.

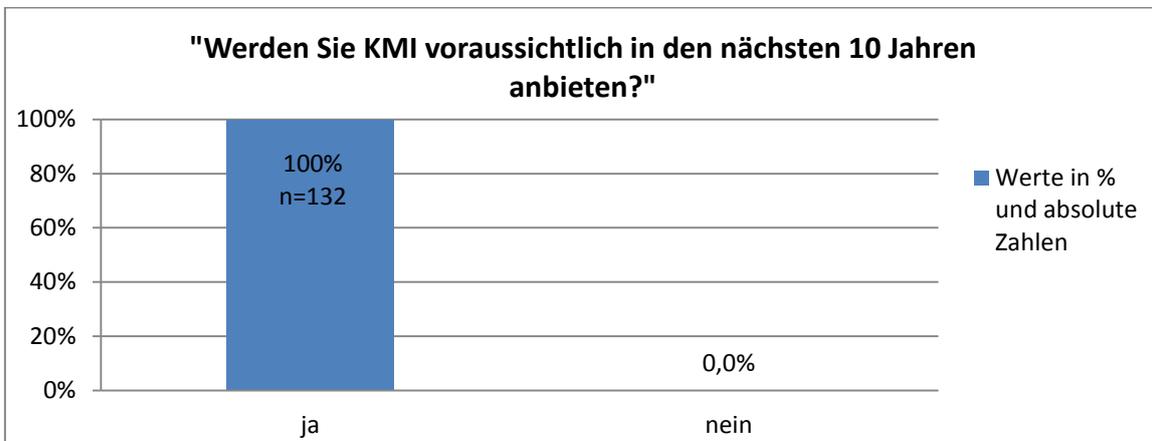


Abbildung 4: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KMI voraussichtlich in den nächsten zehn Jahren anbieten werden (N=132)

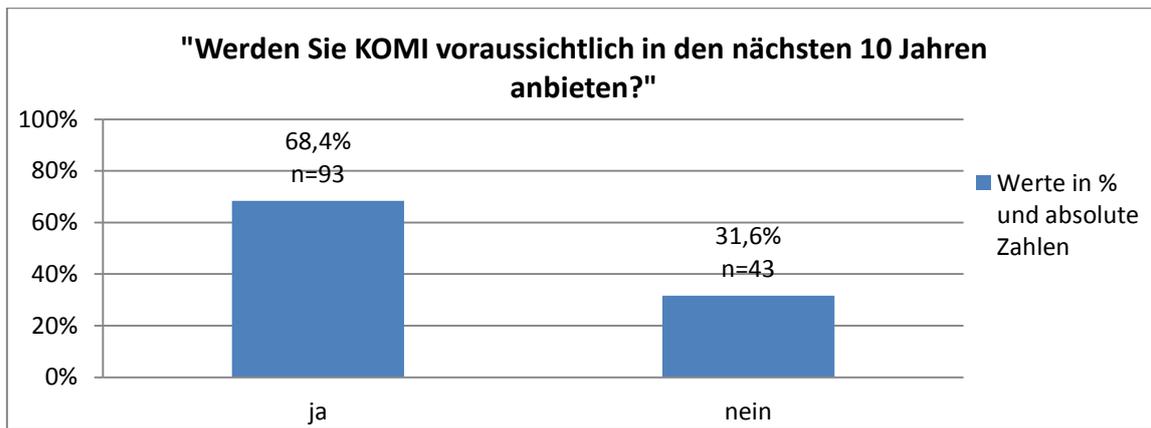


Abbildung 5: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KOMI (*social freezing*) voraussichtlich in den nächsten zehn Jahren anbieten werden (N=136)

KMI wird im Vergleich zu KOMI häufiger durchgeführt (Abb. 6 und 7). Im Zeitraum von einem Jahr haben mehr als der Hälfte der Befragten (62,2%, n=79), die sich zu KMI geäußert haben, die Kryokonservierung von Eizellen mit medizinischer Indikation ein- bis zehnmal durchgeführt, 30,7% (n=39) der Befragten, die sich zu KMI geäußert haben, führten das Verfahren häufiger als zehnmal im Jahr durch. Ein Teil von ihnen, insgesamt 18,1% (n=23), führten KMI sogar über 30-mal im Jahr durch. Zu dieser Frage äußerten sich 127 Personen, wohingegen nur 122 Personen angaben, KMI überhaupt anzubieten. Wahrscheinlich ist dies auf ungenaues Lesen zurückzuführen. Eine Möglichkeit ist, dass Ärzt*innen, welche KMI nicht anbieten, die Antwortoption „gar nicht durchgeführt“ gewählt haben. Ich habe daher in der Graphik auch die prozentualen Werte aufgeführt, die sich ergeben, wenn die 5 Personen von der Antwortoption „gar nicht“ rausgerechnet werden. Sie finden sich jeweils hinter dem Asterisk. Die Werte unter „gar nicht“ sind deshalb für die Datenauswertung nicht verwendbar.

KOMI wurde im Vergleich zu KMI viel seltener durchgeführt (Abb. 7). Bei der direkten Frage danach, wie häufig das Einfrieren von Eizellen bei fertilen Frauen ohne medizinische Indikation tatsächlich durchgeführt wurde, ergab sich ein Kollektiv von 88 Ärzt*innen, die sich zu dieser Frage geäußert haben. Diese Anzahl weicht von der Personenanzahl 56 ab, welche bejaht haben, KOMI aktuell anzubieten (Abb. 3). Hier besteht also das gleiche Problem wie in der vorigen Frage. Ich führe diese starke Abweichung auf eine unpräzise Formulierung der Frage 1b im Fragebogen zurück (siehe Kapitel 5.3). Unter Anbieten von KOMI kann sowohl Bereitstellen als auch Anpreisen verstanden werden. Eine mögliche Ursache ist auch wie bei der äquivalenten Frage zu KMI, dass Personen „gar nicht durchgeführt“ angegeben haben, obwohl sie KOMI gar nicht anbieten. Deshalb werde ich auch hier nicht auf die Daten unter der Antwortoption „gar nicht durchgeführt“ eingehen. Auch hier habe ich die Anzahl der überzähligen 32 Personen unter „gar nicht

durchgeführt“ abgezogen und die angeglichenen Prozentzahlen in der Graphik jeweils hinter dem Asterisk notiert. Da in dieser Frage die korrigierten Prozentzahlen sehr stark abweichen, werde ich nur absolute Zahlen nennen.

Nur sieben Ärzt*innen haben KOMI zehnmal und häufiger im Zeitraum von einem Jahr durchgeführt. Im Vergleich dazu haben 39 RM KMI zehnmal und häufiger durchgeführt. Die meisten haben KOMI ein- bis fünfmal durchgeführt, nämlich 28 Personen. Bei KMI sind es in dieser Kategorie allerdings knapp mehr als doppelt so viele, nämlich 57 Personen. KMI wird nicht nur häufiger, sondern auch von einer größeren Gruppe von Ärzt*innen durchgeführt.

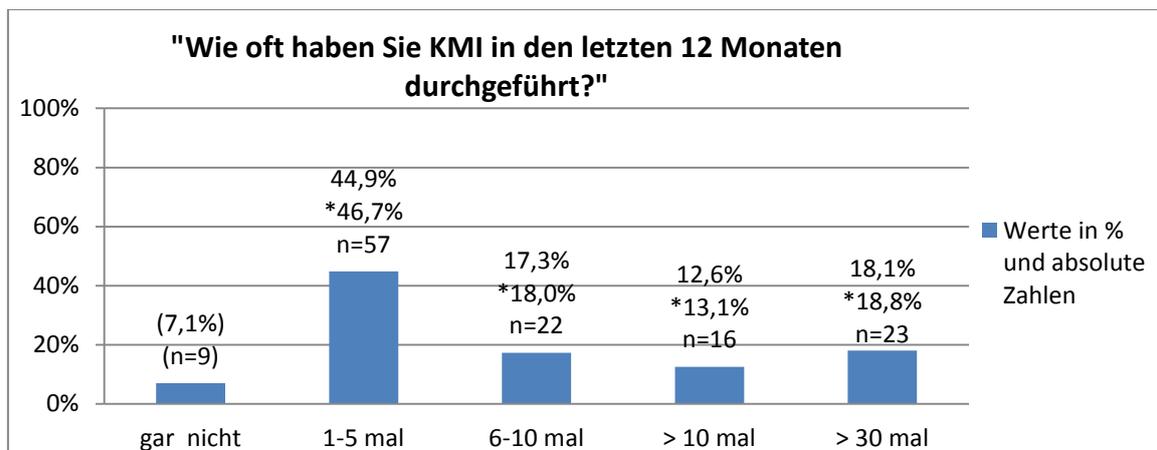


Abbildung 6: Durchführung von KMI in den vergangenen zwölf Monaten (seit August 2010) (N=127)

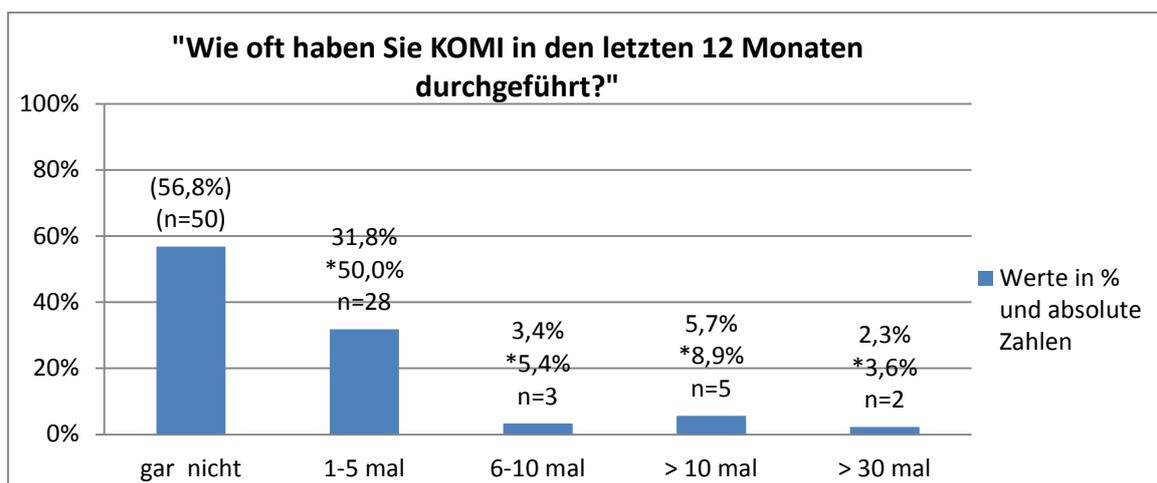


Abbildung 7: Durchführung von KOMI (social freezing) in den vergangenen zwölf Monaten (seit August 2010) (N=88)

Bei der Frage danach, ob Ärzt*innen die Nachfrage bezüglich KOMI für ausreichend erachten, um das Verfahren anzubieten, gab es unterschiedliche Einschätzungen (Abb. 8). Der Großteil der Befragten, 52,6% (n=70), stimmte der Aussage, dass die Nachfrage

ausreichend sei, „voll“ oder „eher“ zu. Etwas weniger, und zwar 47,3% (n=63), halten die Nachfrage nach KOMI für „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ ausreichend. Die beiden gegensätzlichen Positionen halten sich in der Verteilung die Waage. Im Vergleich zu der absoluten Ablehnung der Annahme, die Nachfrage für KOMI sei ausreichend (10,5%), stimmen etwas mehr Personen (18,8%) der Aussage „voll“ zu.

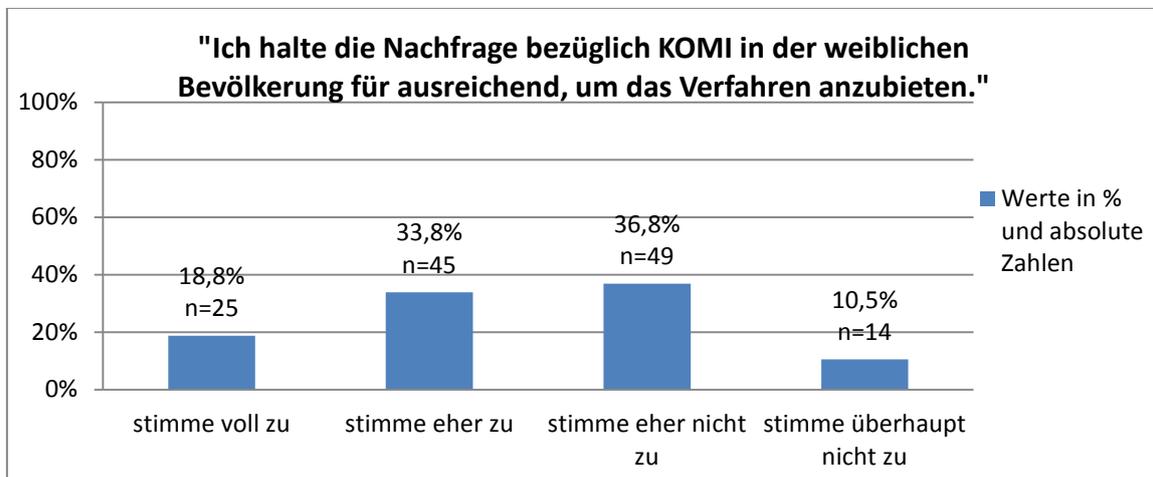


Abbildung 8: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Nachfrage bezüglich KOMI (*social freezing*) (N=133)

Häufig wird innerhalb der Debatte über KOMI auch die Frage diskutiert, wie sicher und effizient das Verfahren ist. Das sind eigentlich zwei Fragen, die aber deshalb zusammengefasst worden sind, weil sie in der medizinischen Fachdebatte zusammen diskutiert werden (siehe Kapitel 3.1.2). Hier zeigt sich, dass die Mehrzahl der befragten Personen KOMI als sicher und effizient genug erachtet (Abb. 9). 69,2% (n=94) der Ärzt*innen stimmen der Aussage, KOMI sei sicher und effizient, „voll“ oder „eher“ zu. Diese Einschätzung spiegelt sich auch darin wider, dass innerhalb der nächsten 10 Jahre mehr RM planen, KOMI anzubieten (Abb. 5). Diese Einschätzung steht im Kontrast zu teilweise kritischen Bewertungen der Sicherheit und Effizienz des Verfahrens in der ethischen Debatte (z.B.: Bittner und Müller 2010; Harwood 2009; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). 30,8% (n=42) der RM erachten das Verfahren für eher unsicher und nicht effizient genug.

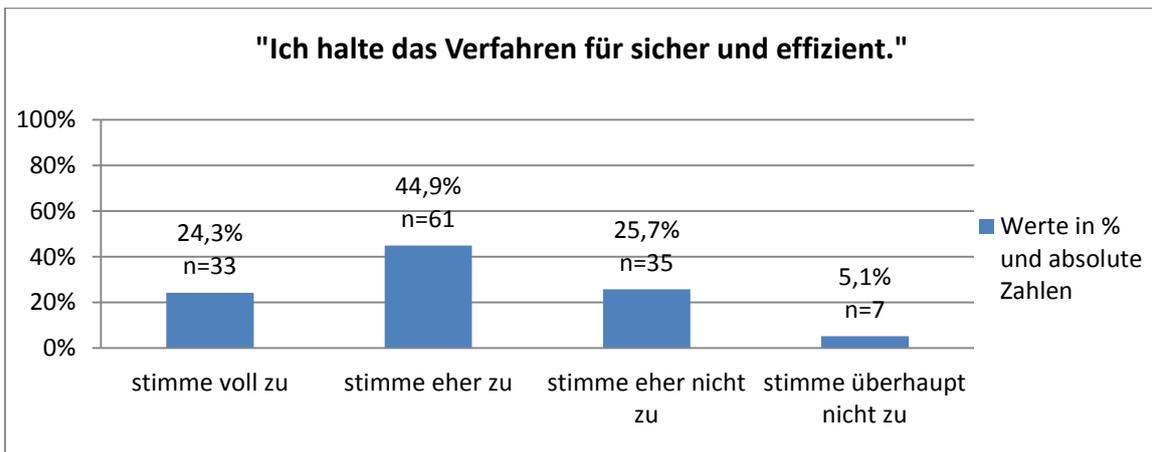


Abbildung 9: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Sicherheit und Effizienz von KOMI (N=136)

3.2.3 EINSTELLUNG ZU ETHISCHEN ASPEKTEN VON KOMI

In diesem Abschnitt werde ich die Einstellung von RM zu ethischen Argumenten darstellen, welche in der Debatte über KOMI diskutiert werden (siehe Kapitel 3.3). Ich möchte den Einschätzungen einzelner ethischer Argumente die Auswertung der Frage voranstellen, ob die befragten Ärzt*innen KOMI generell für ethisch vertretbar halten.

Die Mehrzahl der befragten Ärzt*innen hält KOMI für ethisch vertretbar (stimme voll zu, stimme eher zu; Abb.10). 39,0% (n=53) der befragten RM stimmt „voll“ zu, dass KOMI ethisch vertretbar sei. 38,2% (n=52) der befragten RM stimmen der Aussage, dass KOMI ethisch vertretbar ist, „eher“ zu. Das bedeutet, dass der größere Anteil der Befragten, nämlich 77,2% (n=105), KOMI für ethisch vertretbar hält. Während das Verfahren in der medizinethischen Debatte häufig kritisch bewertet wird, scheint die Mehrzahl der RM diese Ansicht nicht zu teilen. 22,8% (n=31) bewerten das Verfahren kritisch. 19,1% (n=26) der Befragten sehen KOMI als „eher nicht“ ethisch vertretbar an. 3,7% (n=5) der RM bewerten das Verfahren als „absolut nicht“ ethisch vertretbar.

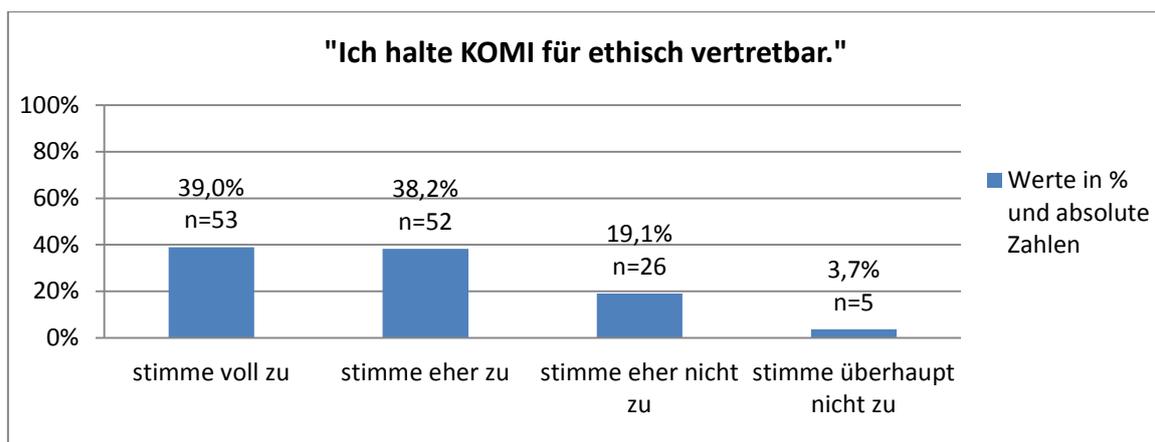


Abbildung 10: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Einschätzung der ethischen Vertretbarkeit von KOMI (N=136)

Die Frage nach der Notwendigkeit, die Selbstbestimmung der Frau zu respektieren, wird eindeutig positiv beantwortet (Abb. 11). 89,7% (n=121) stimmen „voll“ oder „eher“ zu, dass die Selbstbestimmung der Frau als ein ausschlaggebendes Kriterium zu berücksichtigen sei. Nur 10,3% (n=14) stimmen dieser Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu.

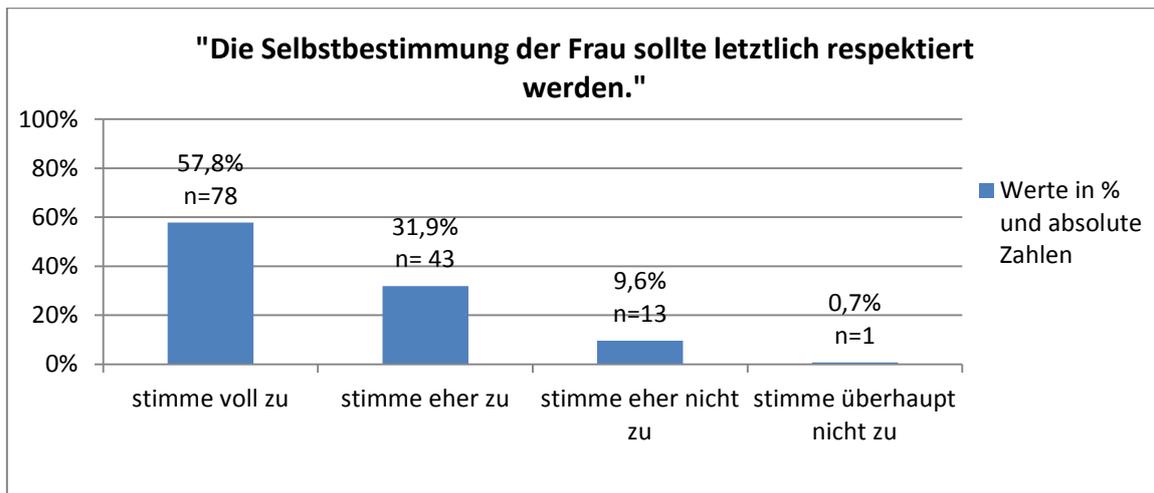


Abbildung 11: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Selbstbestimmung der Frau (N=135)

Zum ethischen Argument der Gleichheit gibt es zwei Fragen im Fragebogen (Abb. 12.1 und 12.2). Ich habe zum einen danach gefragt, ob Frauen wie Männern auch ein später Kinderwunsch erfüllt werden sollte³⁰. Zum anderen habe ich danach gefragt, ob Frauen auch im fortgeschrittenen Lebensalter die Mutterschaft ermöglicht werden sollte. Beide Fragen beinhalten Aspekte eines Gleichheitsargumentes, nämlich die direkte Frage nach moralischer Gleichheit zwischen Frauen und Männern (12.1) und die indirekte Frage nach moralischer Gleichheit im Sinne einer Akzeptanz von später Mutterschaft (12.2). Interessanterweise fällt die Bewertung dieser Fragen unterschiedlich aus. 42,5% (n=57) stimmen der Aussage „voll“ zu, dass Frauen wie Männer die Möglichkeit haben sollten, ihren späten Kinderwunsch zu erfüllen. 35,8% (n=48) stimmen dieser Aussage „eher“ zu. Das bedeutet, dass sich die Ärzt*innen mit 78,3% (n=105) klar dafür aussprechen, dass ein später Kinderwunsch von Frauen noch erfüllt werden sollte. Nur 21,6% (n=29) stehen dieser Aussage „eher ablehnend“ gegenüber. 2,2% der Ärzt*innen stimmen der Aussage „überhaupt nicht“ zu. Das sind nur 3 Personen. Inwiefern Gleichheit hier als Argument eine entscheidende Rolle bei der Beantwortung der Frage spielt, ist anhand der Fragestellung nicht eindeutig abzuleiten. Immerhin impliziert die Formulierung „Frauen sollten wie Männer die Möglichkeit haben, auch in späteren Jahren ihren Kinderwunsch zu erfüllen“, dass das Faktum der Möglichkeit einer späten Vaterschaft als ein Grund für die positive Bewertung einer späten Mutterschaft eine Rolle spielt und somit das moralische Gleichheitsargument in dieser Hinsicht positiv bewertet wird. Die Frage nach der späten Mutterschaft wird etwas anders bewertet (Abb. 12.2). Im Fragentext habe ich hierbei nicht den Aspekt der Gleichheit zwischen Frau und Mann, sondern das fortgeschrittene Lebensalter in den Mittelpunkt der Fragestellung gerückt. Die Aussage lautet wörtlich:

³⁰ Ich habe in dieser Frage keine Einschränkung (Bsp.: nur biologisch eigenes Kind) angegeben. Theoretisch könnten darunter also auch Adoption oder Leihmutterschaft fallen.

„Frauen sollten auch im fortgeschrittenen Alter die Möglichkeit haben, ein biologisch eigenes Kind zu bekommen“. Dieser Aussage stimmen immer noch 65,4% (n=85) zu, allerdings ist die Rate der Zustimmung im Verhältnis zur Frage aus Abb. 12.1 kleiner. „Voll“ stimmen der Aussage zur späten Mutterschaft nur 34,6% (n=45) zu. Ebenso 34,6% (n=45) stimmen der Aussage „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu. Das bedeutet, dass etwas mehr als ein Drittel der befragten Personen der Meinung sind, dass eine Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter nicht mehr ermöglicht werden sollte. Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter wird also von den Ärzt*innen in diesem Fragebogen kritischer bewertet als das Erfüllen eines späten Kinderwunsches, obgleich beide dasselbe Ergebnis zur Folge haben könnten, nämlich als Frau im höheren Lebensalter schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen. Ein Grund für die kritischere Bewertung der Frage nach der Mutterschaft im fortgeschrittenen Alter könnte auch eine unterschiedliche Assoziation zu den Formulierungen ‚späte Jahre‘ und ‚fortgeschrittenes Alter‘ sein. Die Frage nach der späten Mutterschaft haben nur 130 Personen beantwortet. Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, könnte ein Grund dafür eine ungenaue Formulierung von später Mutterschaft und fortgeschrittenem Alter ohne direkte Altersangabe sein. Dieser Mangel wird in den Freitextkommentaren von vier Personen erwähnt³¹ (siehe Kapitel 3.2.6).

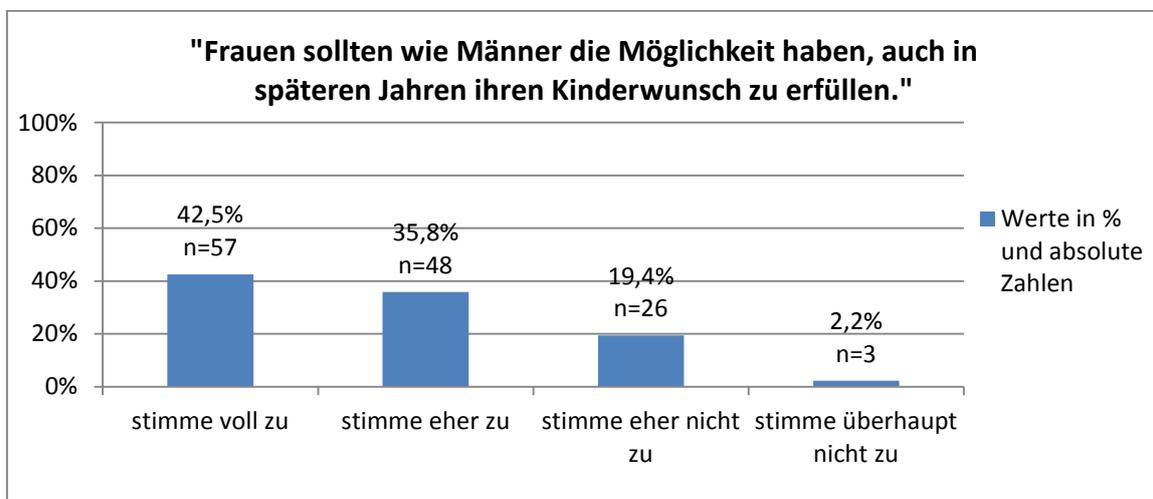


Abbildung 12.1: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum späten Kinderwunsch (N=134)

³¹ Freitextkommentare [36, 37, 55, 64]

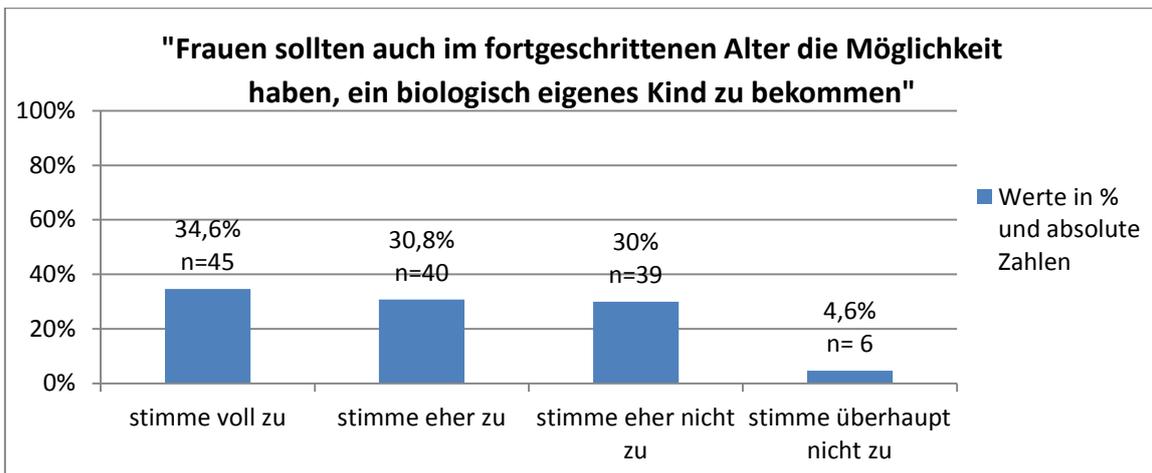


Abbildung 12.2: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter (N=130)

Die Frage, ob KOMI gegen die menschliche Natur verstoße, wird von den RM eher verneinend beantwortet (Abb. 13). 33,5% (n=45) stimmen der Aussage voll oder eher zu, dass KOMI der menschlichen Natur widerspreche. Ein Drittel der Befragten positioniert sich zu dieser Aussage also zustimmend. Interessanterweise stimmen aber zwei Drittel der Befragten (66,4%, n=89) nicht dafür, dass KOMI der Natur widerspreche. Diese Uneinigkeit darüber, ob KOMI der menschlichen Natur widerspricht, bietet einen interessanten Ansatz zur Diskussion, was Natürlichkeit im reproduktionsmedizinischen Kontext ausmacht. Wie ich im Kapitel 3.3.3 darstellen werde, wird diese Frage kontrovers diskutiert.

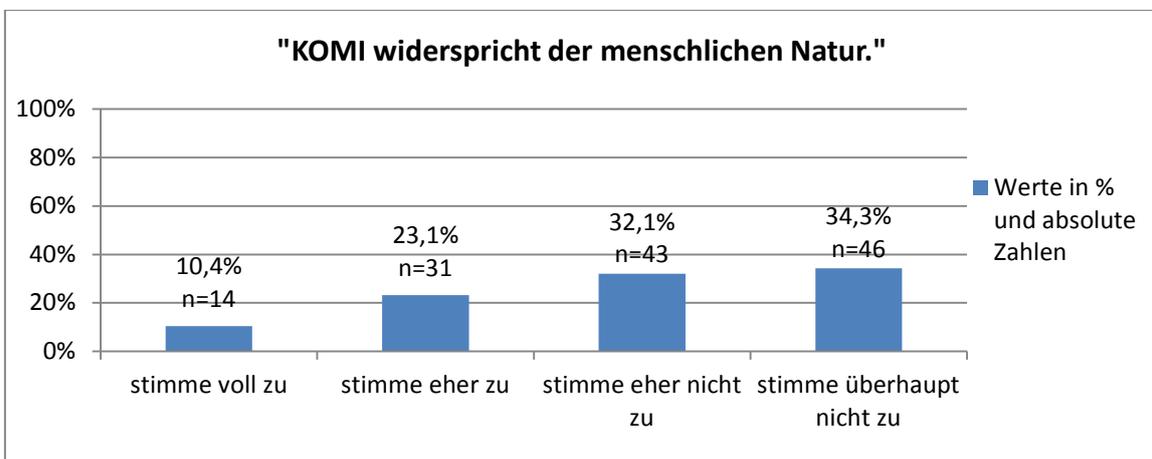


Abbildung 13: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur menschlichen Natur (N=134)

Das körperliche Risiko einer späten Schwangerschaft wird in der Debatte über KOMI intensiv diskutiert (siehe Kapitel 3.1.3 und 3.3.3.4). In der medizinethischen Debatte ist es ein Hauptargument für die Einschränkung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen. RM sind in dieser Hinsicht geteilter Meinung. Es gibt kaum klare Positionierungen, sondern eher Tendenzaussagen. Zwar stimmen nur 15,4% (n=21) der Aussage „voll“ zu,

dass das körperliche Risiko einer späten Schwangerschaft nach KOMI hoch ist, doch immerhin 41,2% (n=56) stimmen dieser Aussage „eher“ zu, so dass insgesamt mehr als die Hälfte der befragten Ärzt*innen (56,6%, n=77), die Aussage, dass das körperliche Risiko einer späten Schwangerschaft hoch ist, „voll“ oder „eher“ für richtig halten. Dagegen sind 43,4% (n=59) nicht der Meinung, dass das körperliche Risiko hoch sei. Nur 4,4% (n=6) der Ärzt*innen halten das körperliche Risiko bei später Schwangerschaft nach KOMI „überhaupt nicht“ für hoch. Das bedeutet, das körperliche Risiko der späten Schwangerschaft kann, anders als die Vorstellung, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, ein wichtiges Argument gegen KOMI darstellen.

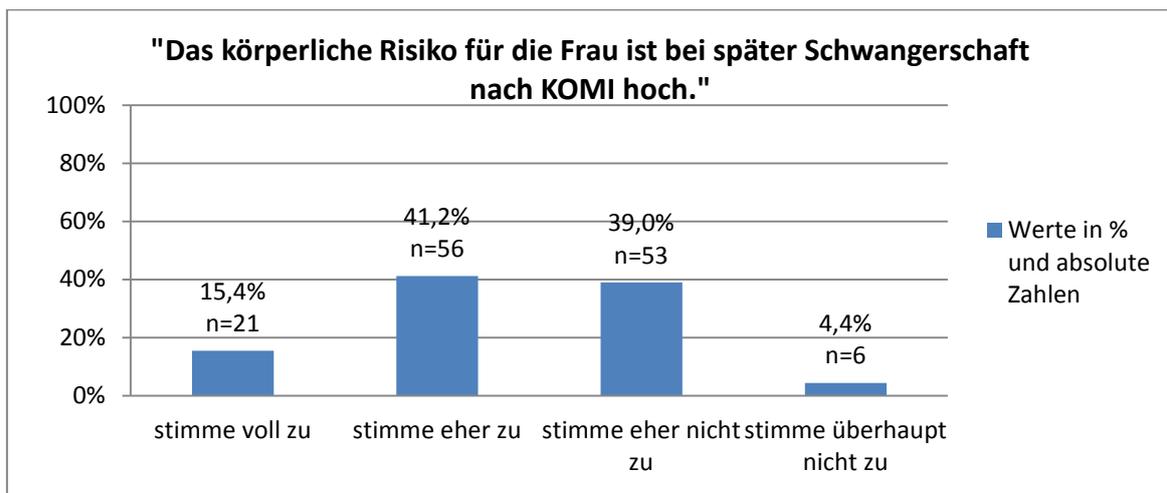


Abbildung 14: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum körperlichen Risiko der Frau bei später Schwangerschaft nach KOMI (N=136)

Die Einschätzung zum Kindeswohl fällt unterschiedlich aus (Abb. 15). Der Aussage, späte Mutterschaft nach KOMI sei nachteilig für das geborene Kind, stimmen immerhin 41,4% (n=55) der Befragten „voll“ oder „eher“ zu. Der größere Anteil der Befragten (58,7%, n=78) hält späte Mutterschaft für „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ nachteilig für das Kind. Nur 8,3% (n=11) der RM denken, dass das Kindeswohl „überhaupt nicht“ durch eine späte Mutterschaft beeinträchtigt wird. Das Kindeswohl kann also ebenso eine wichtige Rolle in der kritischen Bewertung von KOMI spielen. In der medizinethischen Diskussion ist die Gefährdung des Kindeswohls bei später Mutterschaft ein zentrales Argument für die Einschränkung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen im hohen Lebensalter. Allerdings sieht der größere Anteil der Ärzt*innen das Kindeswohl nicht gefährdet. Unter den Ärzt*innen scheint in Bezug auf KOMI das körperliche Risiko der Frau mit 56,6% der Antworten unter „stimme voll“ oder „stimme eher zu“ der Tendenz nach wichtiger für eine kritische Bewertung von KOMI zu sein, als der Nachteil für das Kind nach KOMI, den 41,4% befürchten.

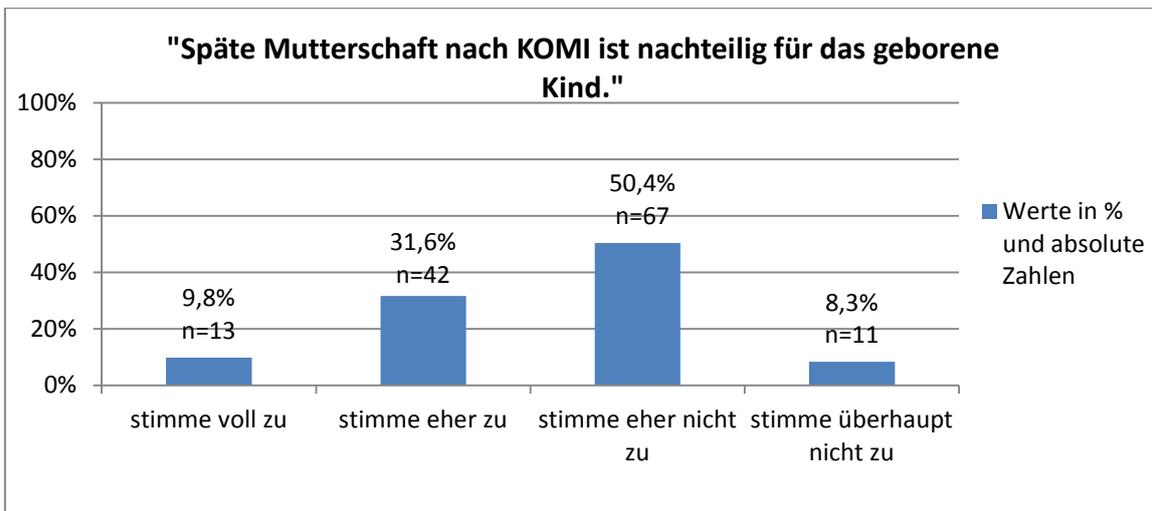


Abbildung 15: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI (N=133)

Die Frage, ob KOMI als wirtschaftlich attraktiv bewertet wird, wird nicht so eindeutig beantwortet wie erwartet (Abb. 16): 51,9% (n=69) halten KOMI für wirtschaftlich attraktiv. Nur 9,8% (n=13) der Ärzt*innen stimmen dieser Aussage „voll“ zu. 42,1% (n=56) stimmen der Aussage, KOMI anzubieten sei wirtschaftlich attraktiv, „eher nicht“ zu. 6,0% (n=8) stimmen der Aussage „gar nicht“ zu. Das bedeutet, dass insgesamt 48,1% (n=64) KOMI für „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ wirtschaftlich attraktiv erachten. Umgekehrt gibt es einen beachtlichen Anteil von knapp über 50% der Befragten, die dieses Verfahren für wirtschaftlich attraktiv halten. Es ist also möglich, dass das Verfahren in Deutschland aus kommerziellen Interessen angeboten wird.

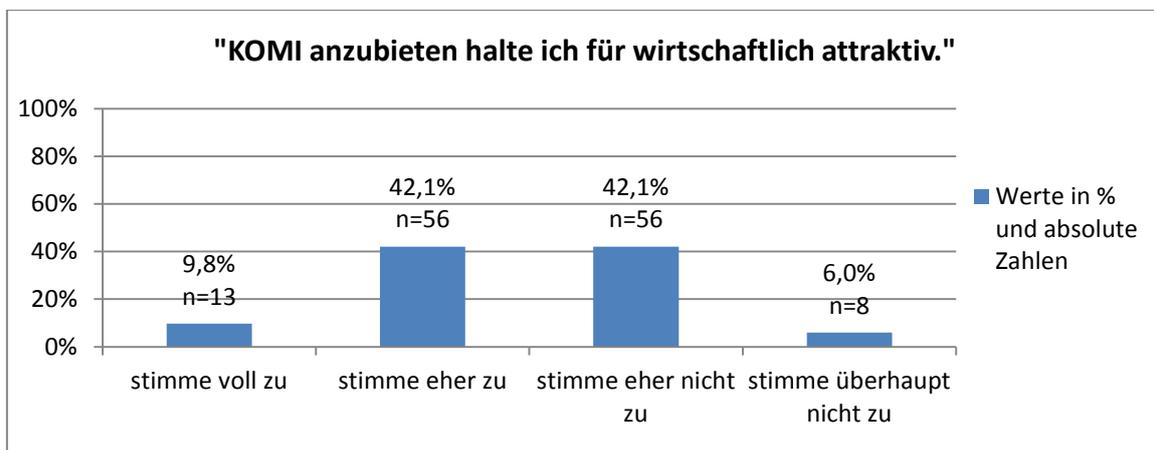


Abbildung 16: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur wirtschaftlichen Attraktivität von KOMI (N=133)

3.2.4 FRAGEN ZUR RECHTLICHEN REGELUNG VON KOMI

Weder im ESchG noch in den Richtlinien der BÄK zur Durchführung assistierter Reproduktion finden sich Anhaltspunkte für eine rechtliche Regelung von KOMI. Im Fragebogen wurden deshalb zwei Fragen zu einer möglichen rechtlichen Regelung von KOMI gestellt. Erstens habe ich gefragt, ob KOMI überhaupt rechtlich geregelt werden sollte (Abb. 17). Diese Frage bejahten knapp mehr als die Hälfte der Befragten (51,5%, n=70). Etwas weniger als die Hälfte der Ärzt*innen halten eine rechtliche Regelung von KOMI nicht für notwendig (48,5%, n=66).

Überdies habe ich erfragt, welche Aspekte einer rechtlichen Regulierung bedürfen (Abb. 18). Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Ich habe in der Frage mehrere Antwortoptionen vorgegeben sowie unter der Antwortoption „andere“ einen Freitextkommentar ermöglicht. Diese Möglichkeit wählten neun Personen. Nach der Darstellung der quantitativen Daten werde ich auf die neun Freitextkommentare zu dieser Frage eingehen.

Mit Abstand am häufigsten wurde mit 55,1% (n=75) die rechtliche Festlegung eines Höchstalters der Frau für die Implantation des Embryos gefordert. Diese Option wählten sogar noch mehr Personen, als sich für eine rechtliche Regelung von KOMI allgemein aussprachen (n=70). Die Altersgrenze ist also der mit Abstand wichtigste Aspekt, den Ärzt*innen reguliert wissen möchten. 35,3% (n=48) erachteten eine rechtliche Regelung dessen, was mit den nicht verwendeten Oozyten geschehen soll, für relevant. Ähnlich viele Personen, nämlich 30,1% (n=41), halten die Aufbewahrungsdauer der kryokonservierten Oozyten für regelungsbedürftig. Am wenigsten häufig wurde die Option einer rechtlichen Regelung der Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen gewählt. Diese erachten nur 8,1% (n=11) für notwendig.

Unter der Option „andere“ gab es neun Freitextantworten. Die Nummer des zugehörigen Fragebogens wird im Folgenden in eckigen Klammern genannt. Eine Person forderte allgemein, die Bedingungen, unter denen KOMI zulässig sein soll, festzulegen [68]. Andere Antworten gaben nähere Erläuterungen zu den bereits vorgeschlagenen Antwortoptionen. Zwei Personen betonten ausdrücklich, dass die Kostenübernahme nicht durch das gesetzliche Krankenversicherungssystem erfolgen solle [54, 131]. Die Altersgrenze für die Lagerung von Oozyten wurde von einer Person explizit mit 45 Jahren angegeben [14]. Zwei Personen gaben Vorschläge, was mit nicht verwendeten Oozyten geschehen soll. Eine Person schlug vor, diese Oozyten für eine Eizellspende freizugeben [115], eine andere

Person die Vernichtung der Eizellen im Todesfall der Frau [130]. Eine Person gab an, dass die „sog. »Eigenbestimmung«“ [sic] der Frau zum Schutz des Kindes geregelt werden solle [94], was auf eine rechtliche Begrenzung der Verwendung von KOMI hindeutet. Zwei Personen forderten die Kostenübernahme bei Schwangerschaftskomplikationen nach KOMI [47] und eine intensivere Aufklärung [96].

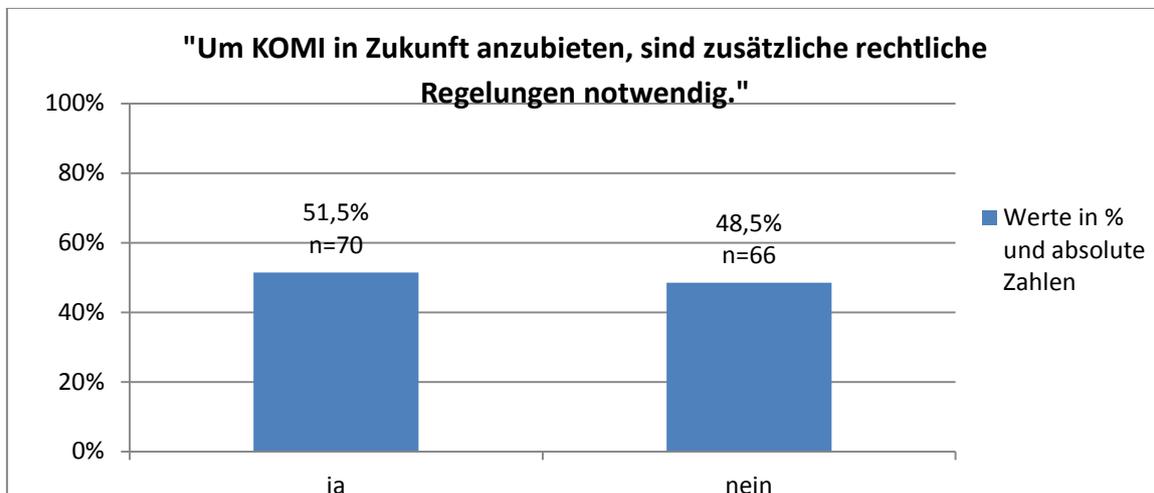


Abbildung 17: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zu rechtlichen Regelungen für KOMI (N=136)

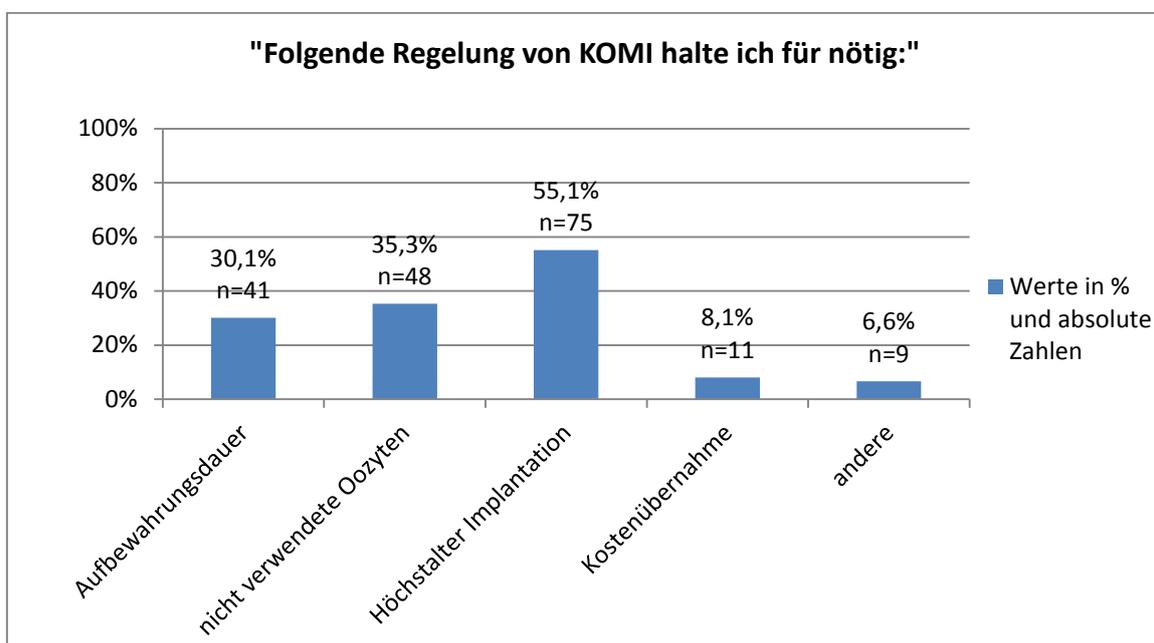


Abbildung 18: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zu spezifischen Regelungen für KOMI (Mehrfachnennung möglich, Reihenfolge der Antwortoptionen wie im Fragebogen)

3.2.5 UNTERSCHIEDLICHE BEWERTUNGEN VON KOMI

Ich habe untersucht, ob signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen verschiedenen Gruppen vorliegen. Hierzu eignet sich der Chi-Quadrat-Test, mit dem Merkmale und Antwortverhalten auf ihre Abhängigkeit voneinander überprüft werden können. Die Daten sind je nach Fragestellung in 2x2-Kontingenztafeln oder in 2x4-Kontingenztafeln dargestellt. In diesem Fall besagt die Nullhypothese, dass keine Abhängigkeit zwischen der Zugehörigkeit zu einer Gruppe (beispielsweise gebildet auf Grund von Geschlecht, Berufserfahrung, Religionszugehörigkeit) und Antwortverhalten existiert. Diese Abhängigkeit wird mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson berechnet. Der resultierende p-Wert gibt Auskunft über die Abhängigkeit. Ist der p-Wert kleiner als 0,05, wird die Nullhypothese verworfen. Die Signifikanzniveaus habe ich wie folgt festgelegt: $p=0.01$ bis 0.05 ist signifikant; $p=0.001$ bis 0.01 ist hoch signifikant; $p \leq 0.001$ ($\leq 0.1\%$) ist höchst signifikant.

Ich habe mehrere Gruppen auf relevant unterschiedliches Antwortverhalten hin überprüft. Dabei ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der verschiedenen Altersgruppen. Ebenso ergaben die Merkmale Anzahl der Kinder (0-7), Berufserfahrung oder Religionszugehörigkeit keine signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten. Am stärksten ausgeprägt waren die Unterschiede zwischen den Geschlechtern männlich und weiblich sowie zwischen der Gruppe der Personen, die KOMI anbieten, und der Gruppe von Personen, die KOMI nicht anbieten³². Ich möchte im Folgenden auf einige dieser Unterschiede eingehen. Für eine bessere Lesbarkeit der Daten habe ich hier in den Graphiken die Balken horizontal angeordnet. Insbesondere die Zahlwerte der jeweiligen prozentualen und absoluten Häufigkeit sind so besser zuzuordnen. In jeder Graphik findet sich rechts unten der jeweilige p-Wert.

³² Für den Chi-Quadrat-Test dürfen die Prüfgrößen einen bestimmten Wert nicht unterschreiten, um valide Aussagen über die Unabhängigkeit von Merkmalen zu treffen. Es besteht ein akademischer Dissens darüber, welche Voraussetzungen für einen Chi-Quadrat-Test gelten sollen. Einige fordern eine Häufigkeit von ≥ 5 für alle Merkmalsausprägungen, andere fordern, dass nicht mehr als 20% der Felder eine Häufigkeit von < 5 aufweisen. Eine zweite Voraussetzung ist, dass Zeilen- und Spaltensummen stets größer 0 sein müssen (Bühl 2008, S. 267; Brosius 1999, S. 406 f.). Die erste Bedingung, alle Werte ≥ 5 , trifft in diesem Sample nicht bei allen Chi-Quadrat-Testungen zu, auch die Bedingung, dass max. 20% eine Häufigkeit von < 5 besitzen, ist nicht in allen Testungen erfüllt. Da es sich um eine erste explorative Studie mit einem speziellen Studienkollektiv zu diesem Thema handelt, wollte ich dennoch auf eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse nicht verzichten, um einen besseren Eindruck der ethischen Problematik zu ermöglichen. Die Ergebnisse mit geringer Häufigkeit bei den verschiedenen Merkmalsausprägungen sind durch die Angabe der absoluten Häufigkeiten nach wie vor aussagekräftig und können bezüglich der Aussagen zu Signifikanz eher als Problemaufriss verstanden werden.

3.2.5.1 *Vergleich weiblicher und männlicher Studienteilnehmer*innen*

Die Gruppen der männlichen und weiblichen Studienteilnehmer*innen sind unterschiedlich groß (siehe Kapitel 3.2.1). Der Gruppe der Männer ordneten sich 89 Personen zu, zu der Gruppe der Frauen 47 Personen ($N_{\text{gesamt}}=136$). Die Gruppengröße erlaubt dennoch aufgrund der Anzahl der Personen statistisch signifikante Aussagen zum Antwortverhalten. Da die absoluten Zahlen durch die unterschiedlichen Gruppengrößen verwirren könnten, werde ich in der jeweiligen Analyse nur auf die prozentuale Verteilung innerhalb des Geschlechts eingehen. Die absoluten Zahlen können den Graphiken entnommen werden, welche jeweils auf die Auswertung eines Aspektes folgen. Ich habe Antworten auf verschiedene Fragen im Vergleich von Männern und Frauen untersucht. Die Chi-Quadrat-Tests, die ich in diesem Abschnitt nenne, vergleichen die Gruppen der Männer und Frauen und zwar in Bezug auf die 4 Items „stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“.

Die ethische Vertretbarkeit von KOMI wird zwischen Frauen und Männern unterschiedlich bewertet (Abb. 19). 82,0% der Männer stimmen der ethischen Vertretbarkeit zu; diese Ansicht teilen nur 68,1% der Frauen („stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ zusammen betrachtet). Mit 48,3% der Männer stimmen im Vergleich zur Gruppe der Frauen (21,3%) prozentual mehr als doppelt so viele der ethischen Vertretbarkeit voll zu. 18,0% der Männer halten KOMI nicht für ethisch vertretbar, das sehen aber 31,9% der Frauen so („stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ zusammen betrachtet). Im Vergleich zu Männern haben also im Verhältnis 13,9% mehr Frauen moralische Bedenken, KOMI anzuwenden. Generell bewerten Frauen das Verfahren also kritischer. Dennoch bewertet der Großteil der männlichen wie auch weiblichen Befragten das Verfahren als ethisch vertretbar. Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-Tests beträgt 0,018 und belegt damit die Signifikanz der Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Frauen und Männern.

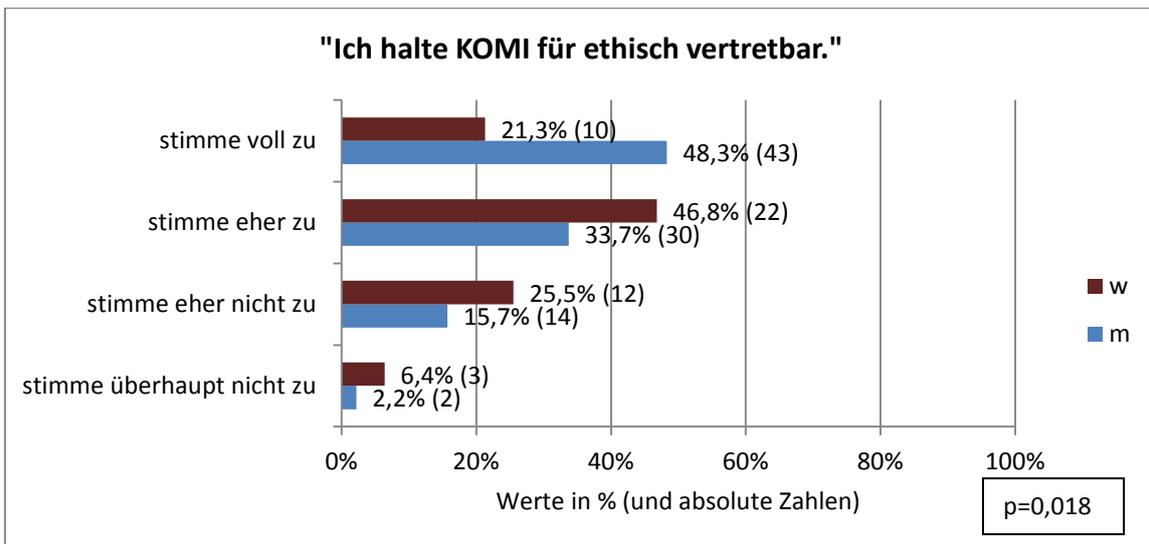


Abbildung 19: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zur ethischen Vertretbarkeit von KOMI

Auf die Frage nach der Notwendigkeit, die Selbstbestimmung der Frau zu respektieren, antworteten interessanterweise mehr Männer mit voller Zustimmung, nämlich 62,9% (Abb. 20), im Vergleich zu 47,8% der Frauen. Allerdings bestätigen sowohl die männlichen als auch die weiblichen Befragten den zentralen Stellenwert der Selbstbestimmung mit einer 82,6%igen Zustimmung der Frauen und einer 93,2%igen Zustimmung der Männer („stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ zusammen betrachtet). 17,4% der Frauen und nur 6,7% der Männer finden, dass die Selbstbestimmung der Frau letztlich „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ respektiert werden sollte. Der zugehörige Chi-Quadrat-Test ergab einen p-Wert von 0,134. Somit ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten zwischen befragten Frauen und Männern bezüglich der Selbstbestimmung.

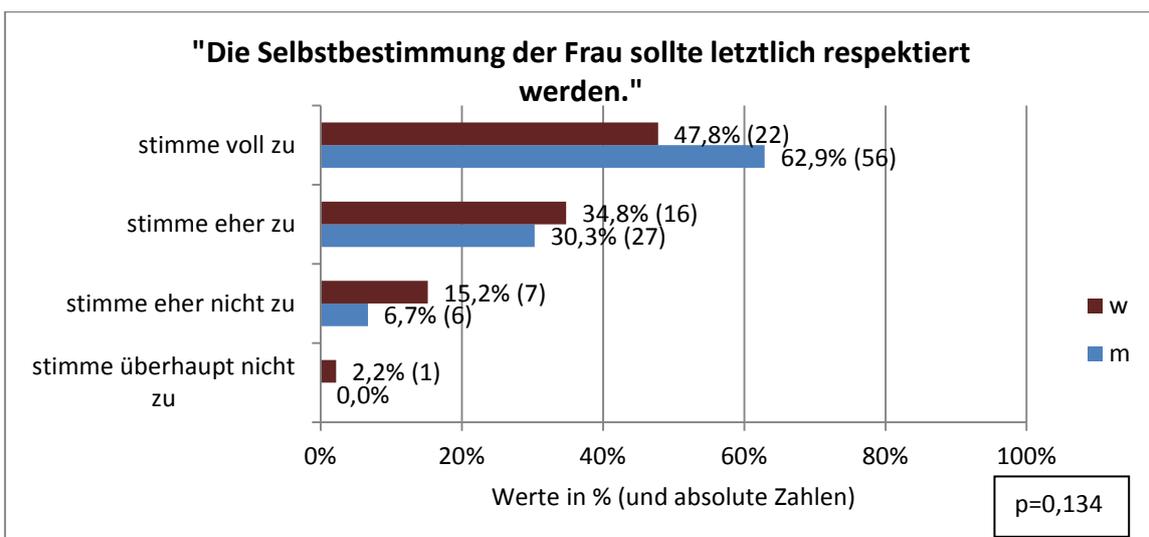


Abbildung 20: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zur Selbstbestimmung der Frau

Bei der Frage, ob Frauen auch im fortgeschrittenen Lebensalter die Mutterschaft ermöglicht werden sollte, gibt es jedoch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten. Interessanterweise bewerten weibliche Personen im Verhältnis zu männlichen Personen die späte Mutterschaft deutlich kritischer (Abb. 21). Nur 46,7% der Frauen stimmen „voll“ oder „eher“ der Aussage zu, dass es Frauen möglich sein soll, auch im späteren Lebensalter ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Im Vergleich dazu wählten deutlich mehr Männer, nämlich 75,3%, die Antwortoptionen „stimme voll zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“. 53,3% der Frauen, also doppelt so viele wie Männer, nämlich 24,7%, stimmten dagegen. Anders als bei dem Argument der Selbstbestimmung ist die Zustimmung zum Recht auf späte Mutterschaft unter Frauen deutlich geringer im Vergleich zu den männlichen Befragten. Besonders eklatant sind hier die Geschlechterunterschiede in den extremen Antwortoptionen („stimme voll zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“). Prozentual stimmen dreimal mehr Männer „voll“ zu, während ca. zehnmal mehr Frauen „überhaupt nicht“ zustimmen. Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-Tests beträgt 0,001 und entspricht somit nur einem Fünzigstel des festgelegten Grenzwertes 0,05. Der p-Wert verdeutlicht das hoch signifikant unterschiedliche Antwortverhalten.

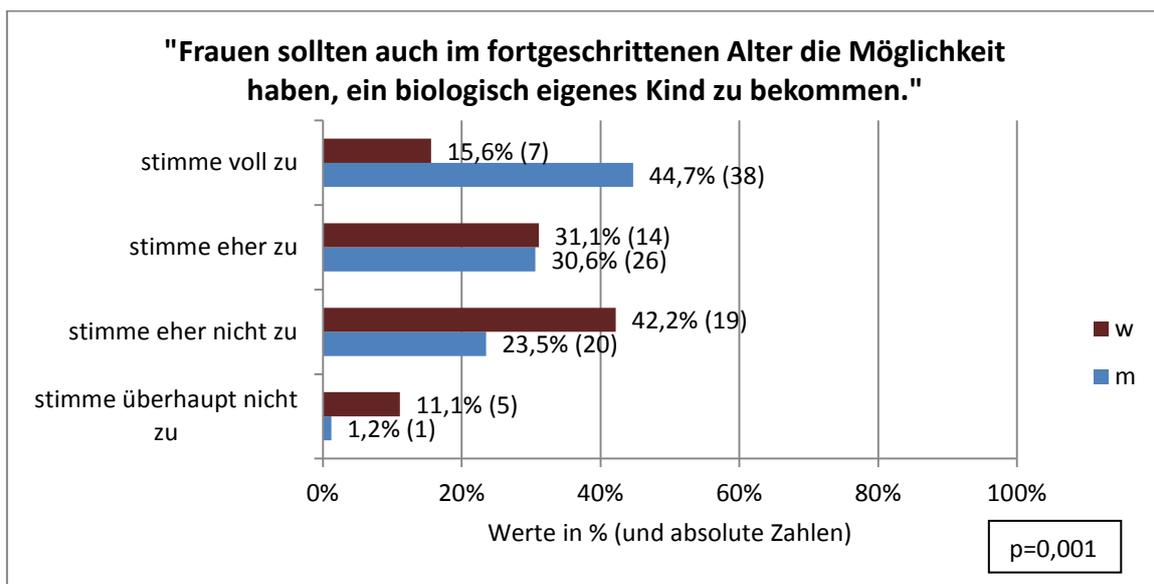


Abbildung 21: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zu Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter

Auch die Frage nach der Bedeutung der menschlichen Natur wird von Frauen und Männern unterschiedlich beantwortet (Abb. 22). 50% der weiblichen Personen sagen, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, im Vergleich dazu sind nur 25% der männlichen Personen dieser Meinung. Auch hier nehmen die Frauen eine deutlich kritischere Haltung gegenüber KOMI ein, als dies die Männer tun. Drei Viertel der Männer finden demzufolge, dass KOMI „eher nicht“ oder „absolut nicht“ der Natur widerspreche,

während das nur 50% der Frauen so sehen. Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-Tests beträgt 0,023. Auch hier weist er auf statistisch signifikant unterschiedliches Antwortverhalten hin.

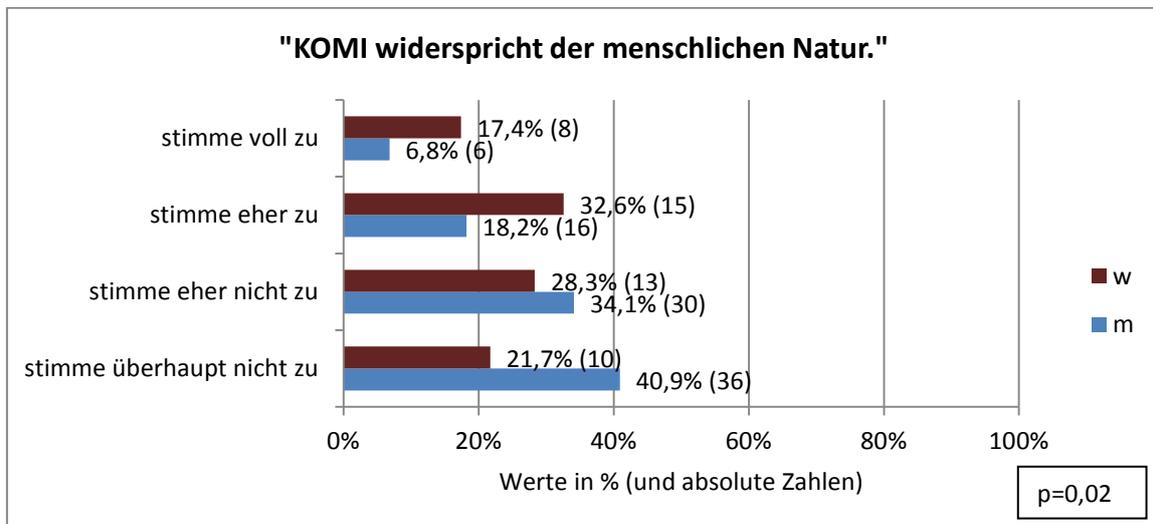


Abbildung 22: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zur menschlichen Natur

Frauen sehen KOMI in der ethischen Bewertung kritischer als Männer und stimmen einer späten Mutterschaft zögerlicher zu als Männer (Abb. 19 und Abb. 21). Ein Grund dafür könnte sein, dass Frauen häufiger als Männer KOMI im Widerspruch zur menschlichen Natur sehen. Wie bewerten Frauen das körperliche Risiko bei später Schwangerschaft oder den Nachteil für das Kind? Denn auch dies könnten Gründe für eine unterschiedliche Bewertung von KOMI sein. Interessanterweise konnten sowohl bei der Frage nach dem körperlichen Risiko für die Frau (Abb. 23.1) als auch bei der Frage nach dem möglichen Nachteil für das resultierende Kind (Abb. 23.2) keine statistisch signifikanten Unterschiede gefunden werden.

Jeweils etwas mehr als 50 % (55% weiblich und 57,3% männlich) stimmen der Zusage „voll“ oder „eher“ zu, dass das körperliche Risiko bei später Mutterschaft hoch ist (Abb. 23.1). Das bedeutet, dass sowohl Frauen als auch Männer die körperlichen Risiken bei später Mutterschaft nach KOMI als einen relevanten Faktor erachten, den es zu berücksichtigen gilt. Bei den körperlichen Risiken sind es sogar verhältnismäßig etwas mehr Männer, die die körperlichen Risiken als „eher hoch“ einschätzen im Vergleich zu den befragten Frauen. Das körperliche Risiko für die Frau bei später Mutterschaft schätzen 42,6% der Frauen als „eher nicht hoch“ ein. 37,1% der Männer bewerten das körperliche Risiko auch als „eher nicht hoch“. Nur 2,1% der Frauen und 5,6% der Männer halten das körperliche Risiko für „überhaupt nicht“ hoch. Das bedeutet, dass der Großteil der Befragten das körperliche Risiko bei später Mutterschaft „hoch“ einschätzt. Hierbei gibt es

keinen statistisch signifikanten Unterschied im Antwortverhalten zwischen Frauen und Männern, was ein Hinweis auf Fachwissen sein könnte.

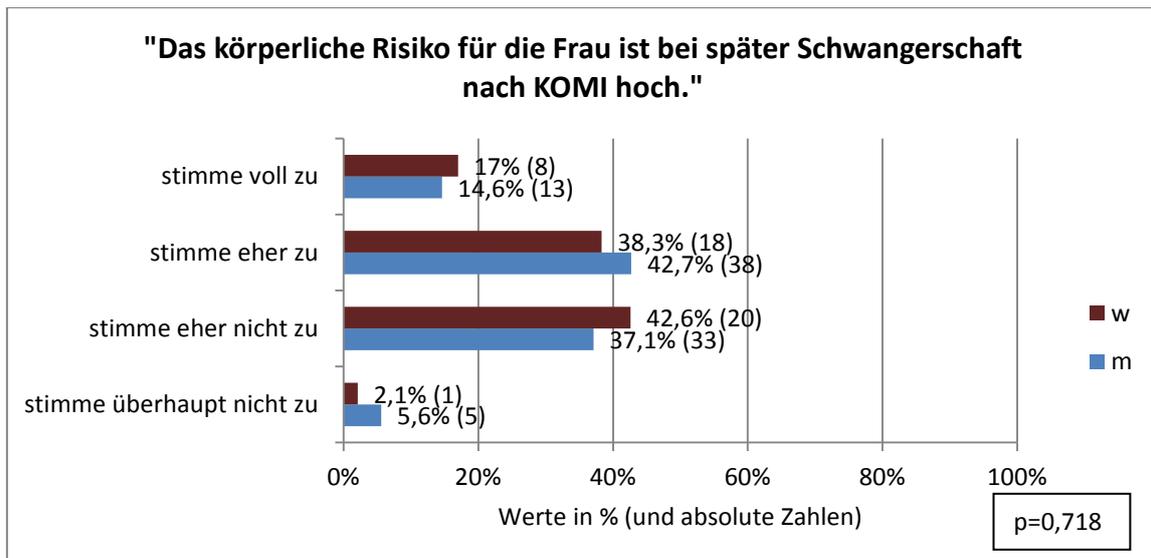


Abbildung 23.1: Einstellung weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zum körperlichen Risiko der Frau bei später Mutterschaft

Auch die Frage nach einem möglichen Nachteil für das geborene Kind wird von Frauen und Männern ähnlich beantwortet (Abb. 23.2). Interessanterweise bewerten auch hier die weiblichen Befragten den Nachteil für das Kind tendenziell als geringer im Vergleich zu den männlichen Befragten. Insgesamt vertreten 65,5% der männlichen Befragten die Position, späte Mutterschaft nach KOMI sei „sehr“ oder „eher“ nachteilig für das Kind. Im Vergleich dazu bewerten nur 45,6% der Frauen eine späte Mutterschaft nach KOMI als nachteilig für das Kind. Etwas mehr als die Hälfte, nämlich 54,4%, der Frauen sehen „eher“ einen geringen oder „gar keinen“ Nachteil für das Kind bei einer späten Mutterschaft nach KOMI. Unter ihnen sehen 10,9% keinen Nachteil für das Kind. Unter den männlichen Befragten fällt der Anteil geringer aus. Insgesamt bewerteten 34,5% der befragten Männer eine späte Mutterschaft als „eher nicht“ oder „gar nicht“ nachteilig für das Kind. Mit nur 25,3% unter den Männern, welche die späte Mutterschaft als „eher nicht“ nachteilig für das Kind sehen, ist der Anteil an Skeptikern geringer als die 43,5% der Frauen, die diese Antwortoption wählten. Der p-Wert beträgt 0,153. Insgesamt ergibt sich daraus kein statistisch signifikanter Unterschied im Antwortverhalten.

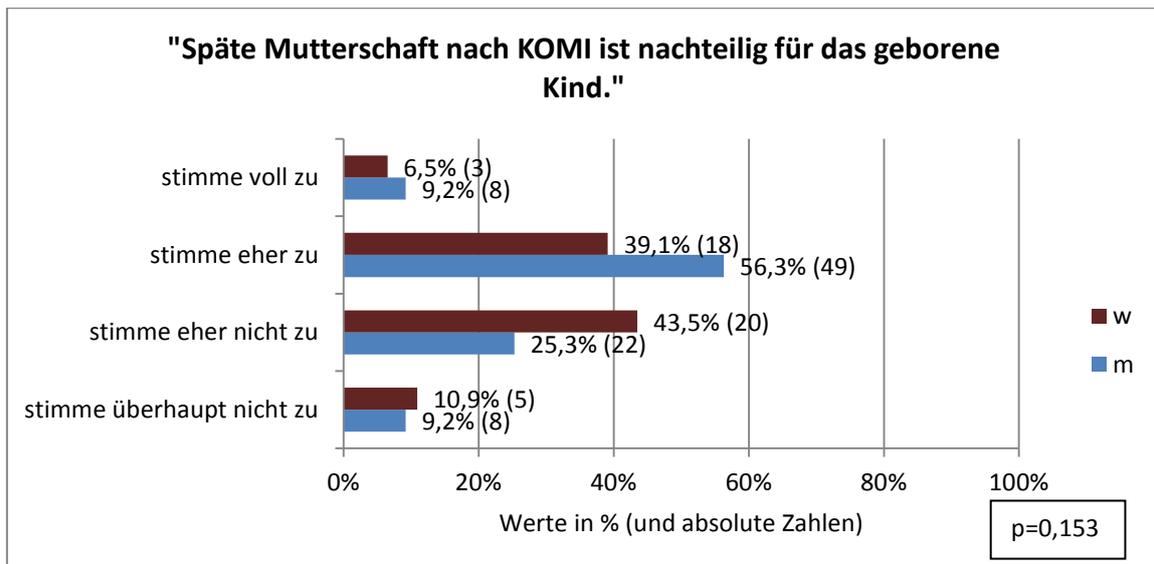


Abbildung 23.2: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI

Die Frage nach der Notwendigkeit rechtlicher Regelungen für KOMI wurde von Frauen und Männern hingegen unterschiedlich beantwortet (Abb. 24.1). 78,7% der weiblichen Befragten erachten zusätzliche rechtliche Regelungen für KOMI als notwendig. Dieser Ansicht stimmen nur 37,1% der männlichen Befragten zu. Das Gros der Männer (62,9%) hält zusätzliche rechtliche Regelungen in Bezug auf KOMI für nicht notwendig. Dies sehen nur 21,3% der Frauen ebenso. Im Verhältnis sehen weniger als halb so viele Männer eine Regelung für notwendig. Der p-Wert des dazugehörigen Chi-Quadrat-Tests ist kleiner als 0,001. Auch hier weist der sehr kleine p-Wert auf den höchst signifikanten Unterschied im Antwortverhalten hin.

Bei der Frage danach, welche Situationen reguliert werden sollen, stimmen im Vergleich signifikant mehr Frauen als Männer für eine Regulierung der Altersbegrenzung bei der Implantation eines Embryos nach KOMI. 78,7% der Ärztinnen finden diese Regulierung notwendig, im Vergleich dazu sehen nur 42,7% der Ärzte diese Regelung für notwendig an. Weibliche und männliche Ärzt*innen bewerteten die ethischen und rechtlichen Aspekte von KOMI also signifikant unterschiedlich. Sowohl in der allgemeinen Bewertung der ethischen Vertretbarkeit als auch in einzelnen Aspekten, insbesondere in Bezug auf die späte Mutterschaft, nehmen Frauen eine kritischere Position ein. Die medizinischen Risiken einer späten Mutterschaft oder der mögliche Nachteil für das Kind werden von Frauen und Männern nicht signifikant unterschiedlich eingeschätzt.

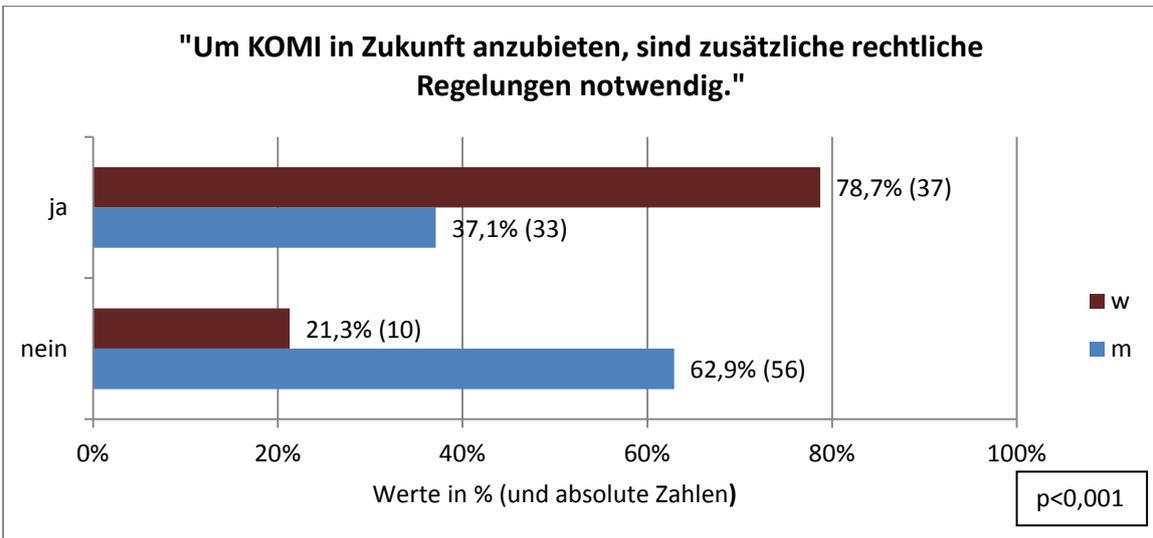


Abbildung 24.1: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zur Notwendigkeit rechtlicher Regulierung von KOMI

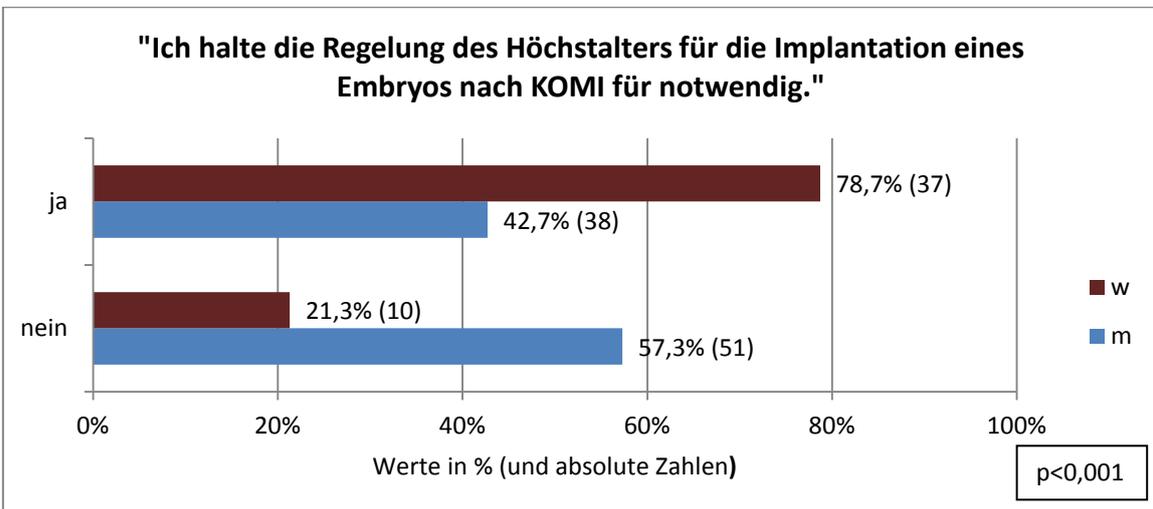


Abbildung 24.2: Einstellung von weiblichen (w) und männlichen (m) Ärzt*innen zur Notwendigkeit der Regelung eines Höchstalters für die Implantation eines Embryos nach KOMI

*3.2.5.2 Vergleich zwischen Ärzt*innen, die KOMI anbieten, mit denjenigen, die KOMI nicht anbieten*

Auch zwischen der Gruppe der Ärzt*innen, welche KOMI anbieten, die ich im Folgenden mit A (für Anbieter*innen) abkürzen werde, und der Gruppe von Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (im Folgenden NA für Nicht-Anbieter*innen), gibt es signifikante Unterschiede in der Bewertung medizinischer Fakten und ethischer Argumente. Unter A fallen 56 Personen, unter NA sind es 80 Personen. Die Chi-Quadrat-Tests, die ich in diesem Abschnitt nenne, vergleichen die Gruppen von A und NA in Bezug auf die 4 Items „stimme voll zu“, „stimme eher zu“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“. Ich möchte im Folgenden auf einige relevante Antworten eingehen.

Die Sicherheit und Effizienz des Verfahrens wird durch die beiden Gruppen unterschiedlich bewertet. 35,7% derjenigen, die KOMI anbieten (A), stimmen „voll“ zu, dass das Verfahren sicher und effizient sei, während nur 16,3% derjenigen, die das Verfahren nicht anbieten (NA), davon vollständig überzeugt sind. Allerdings ist der Anteil derer, die das Verfahren als „eher“ sicher und effizient bewerten, ähnlich hoch in beiden Gruppen (45% und 44,6%). Ablehnend äußert sich eher die Gruppe derjenigen, die das Verfahren nicht anbieten. 38,8% stimmen „eher nicht“ oder „gar nicht“ zu, dass KOMI sicher und effizient sei. Dies meinen nur 19,7% derjenigen, die das Verfahren anbieten. Die Sicherheit und Effizienz wird von A und NA signifikant unterschiedlich bewertet. NA schätzen Sicherheit und Effizienz eher kritisch ein als A, dennoch bewerten aus beiden Gruppen über die Hälfte der Befragten KOMI als „absolut“ oder „eher“ sicher und effizient (A: 80,3%, NA: 61,3%). Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-Tests beträgt 0,023. Das Antwortverhalten ist statistisch signifikant unterschiedlich.

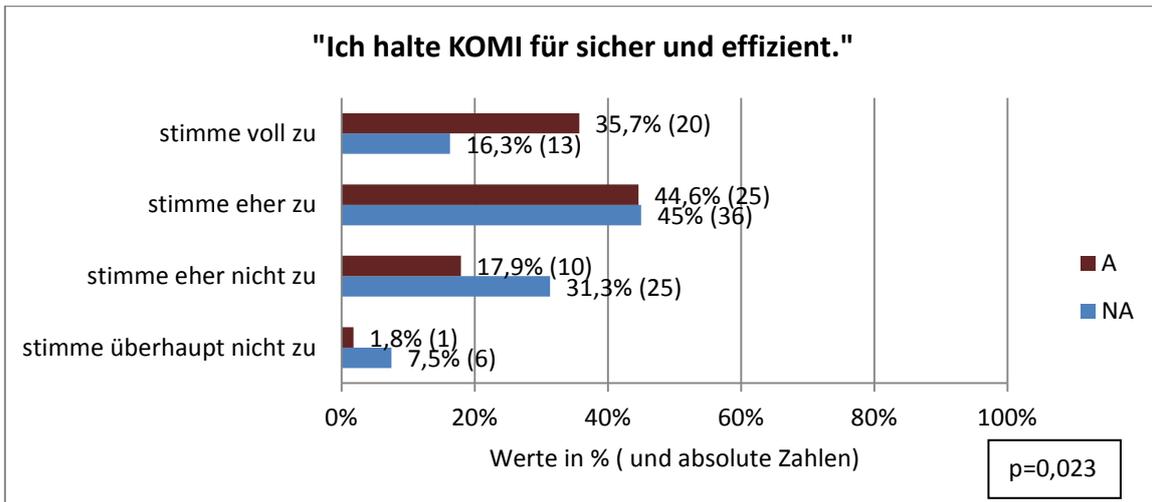


Abbildung 25: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zur Sicherheit und Effizienz von KOMI

Bezüglich der allgemeinen moralischen Bewertung des Verfahrens KOMI gibt es Unterschiede. 57,1% von A halten es für voll und ganz ethisch vertretbar, KOMI anzubieten. Der Anteil derer unter NA ist knapp halb so groß, nämlich 26,3%. Unter NA halten es 35% für ethisch „eher nicht“ bis „gar nicht“ vertretbar, KOMI anzubieten. Im Vergleich haben 5,4% von A eher moralische Bedenken, obwohl sie KOMI anbieten. Das bedeutet, dass über ein Drittel der Personen, die KOMI nicht anbieten, moralische Bedenken bei dem Verfahren haben. Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-Tests beträgt $p < 0,001$. Es gibt also höchst signifikante Unterschiede in der moralischen Bewertung von KOMI zwischen A und NA.

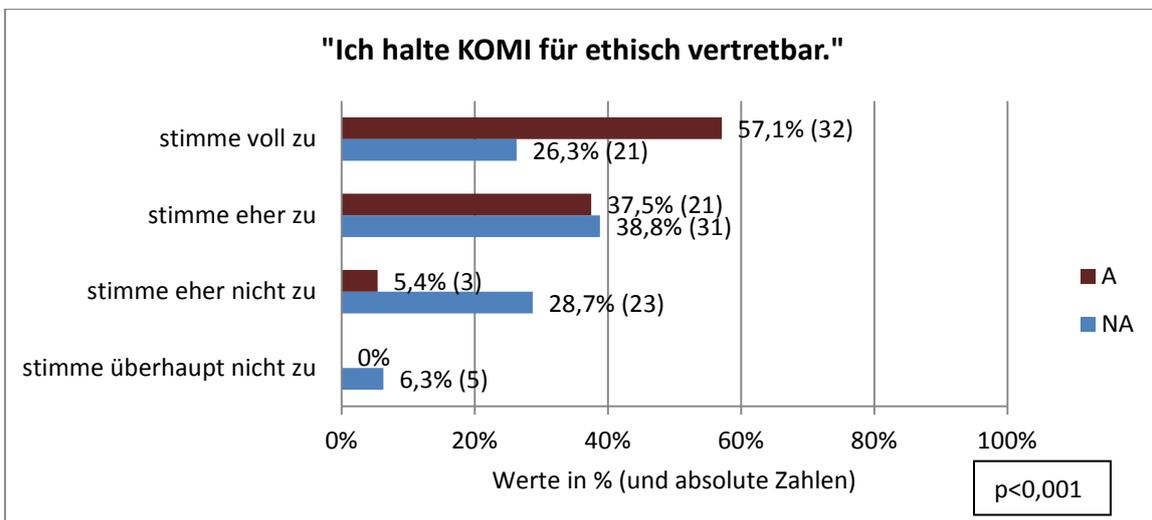


Abbildung 26: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zur ethischen Vertretbarkeit von KOMI

Einzelne ethische Argumente werden von A und NA ebenfalls verschieden bewertet. Insbesondere die Priorität der Selbstbestimmung der Frau sehen A und NA unterschiedlich. Ebenso gibt es Abweichungen in der Bewertung der Natürlichkeit und des

körperlichen Risikos bei später Schwangerschaft. Auch eine rechtliche Regelung wird von NA im Unterschied zu A für notwendig erachtet. Die mögliche Gefährdung des Kindeswohls wird signifikant unterschiedlich bewertet. Ich wende mich den Aspekten im Einzelnen zu.

Die Selbstbestimmung der Frau gilt sowohl bei A als auch bei NA als wichtiges Kriterium. 80,4% derjenigen, die das Verfahren anbieten, stimmen „voll“ zu, die Selbstbestimmung der Frau zu akzeptieren, und 17,9% von A erachten dies für „eher“ wichtig. Somit stimmen 98,3% von A der Aussage „voll“ oder „eher“ zu, dass die Selbstbestimmung der Frau letztlich zu respektieren sei. Mit nur 41,8% voller Zustimmung zu dieser Aussage von NA gibt es einen graduellen Unterschied in der Bewertung der Selbstbestimmung zwischen den beiden Gruppen. Insgesamt bewerten allerdings auch 83,6% von NA die Selbstbestimmung der Frau als entscheidend oder „eher“ entscheidend, wenn auch nicht so zweifelsfrei wie bei der Vergleichsgruppe. Der p-Wert zum zugehörigen Chi-Quadrat-Test beträgt $p < 0,001$. Der Unterschied im Antwortverhalten ist statistisch höchst signifikant.

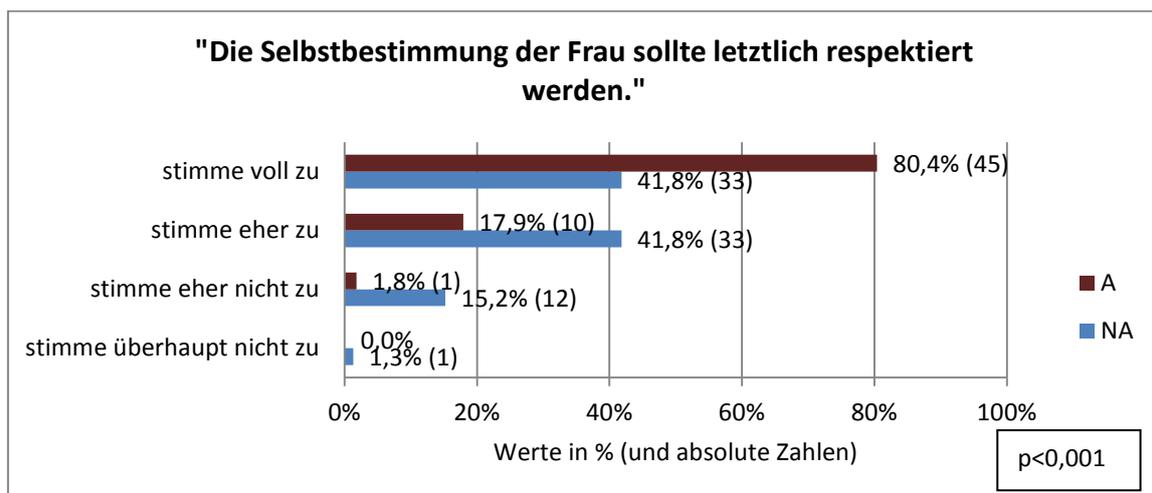


Abbildung 27: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zur Selbstbestimmung der Frau

Die Einschätzung, ob KOMI der menschlichen Natur widerspricht, wird zwischen den Gruppen A und NA sehr unterschiedlich beantwortet (Abb. 28). 47,4% von NA sind der Ansicht, das Verfahren widerspreche der menschlichen Natur; nur 14,3% von A sehen das ebenso. Insbesondere die Antwortoption „stimme eher zu“ wurde im Verhältnis deutlich häufiger von NA gewählt. 33,3% der Gruppe NA wählten diese Antwortoption, nur 8,9% von A wählten diese Antwortoption. Fast alle Befragten der Gruppe A (85,7%) urteilen, das Verfahren widerspreche „eher“ oder „überhaupt nicht“ der menschlichen Natur. Nur 52,6% von NA sehen das ebenso. Es besteht also in der Wertung, ob KOMI als unnatürlich angesehen wird, ein signifikanter Unterschied. Der p-Wert des zugehörigen Chi-Quadrat-

Tests ist kleiner als 0,001 und verweist damit auf einen statistisch höchst signifikanten Unterschied im Antwortverhalten.

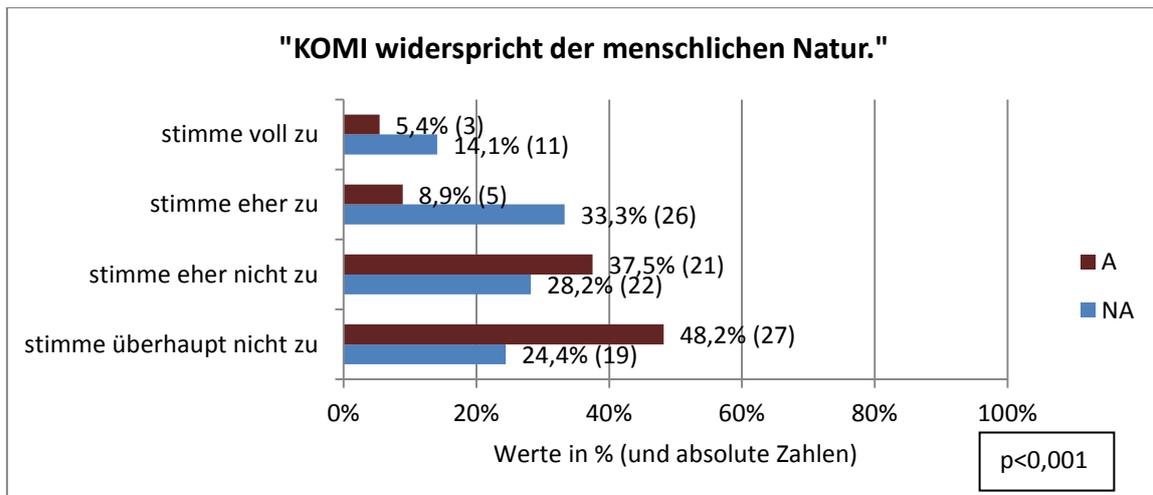


Abbildung 28: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zur menschlichen Natur

Das körperliche Risiko bei später Schwangerschaft nach KOMI und der mögliche Nachteil für das Kind werden zwischen A und NA unterschiedlich eingeschätzt (Abb. 29.1 und 29.2). Weibliche und männliche Teilnehmer*innen der Studie bewerteten diese beiden Fragen dagegen nicht signifikant unterschiedlich (Abb. 23.1 und Abb. 23.2). Von A stimmen insgesamt 42,8% der Aussage „voll“ oder „eher“ zu, dass das körperliche Risiko einer späten Schwangerschaft nach KOMI hoch ist; etwas mehr, nämlich 50,9% von NA schätzen das körperliche Risiko genauso ein. Der größte Stimmenanteil von A fällt auf die Einschätzung, dass das körperliche Risiko bei später Schwangerschaft „eher nicht“ hoch sei (53,6%). Diese Bewertung teilen nur 28,7% von NA. Die Mehrzahl von A (57,2%) bewertet das körperliche Risiko als „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ hoch, nur ca. ein Drittel von NA sieht das genauso (33,7%). NA schätzen also das körperliche Risiko bei einer späten Schwangerschaft nach KOMI „eher“ hoch ein als A. Der p-Wert zum dazugehörigen Chi-Quadrat-Test nach Pearson beträgt $p=0,035$. Das Antwortverhalten ist also statistisch signifikant unterschiedlich.

In Bezug auf den möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft fällt der Unterschied im Antwortverhalten weniger eindeutig aus (Abb. 29.2). Der größere Anteil von A stimmen „eher nicht“ zu, dass späte Mutterschaft einen Nachteil für das geborene Kind bedeuten könnte (63,6%). 41,0% von NA bewerten das ebenso. NA sehen das Kindeswohl bei später Schwangerschaft stärker gefährdet als A. Knapp mehr als die Hälfte, nämlich 51,2% von NA, stimmt der Aussage „voll“ oder „eher“ zu, dass dem Kind bei später Mutterschaft ein Nachteil erwächst. Diesen beiden Aussagen stimmen insgesamt nur

27,3% von A zu. Diejenigen, die KOMI anbieten, bewerten eine späte Mutterschaft also seltener als nachteilig für das Kind. Der p-Wert zum dazugehörigen Chi-Quadrat-Test nach Pearson beträgt $p=0,047$ und belegt damit einen statistisch signifikanten Unterschied im Antwortverhalten.

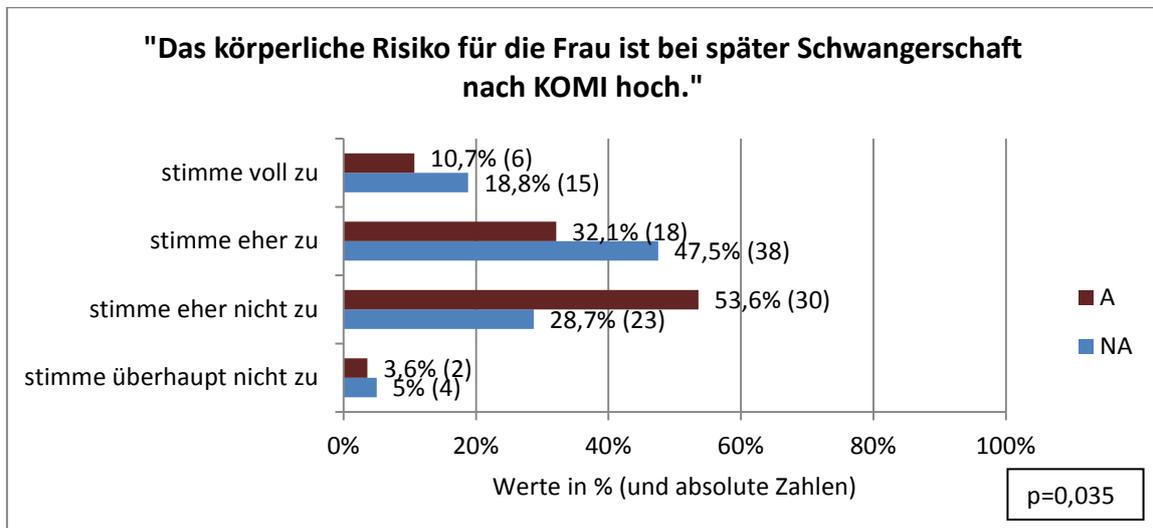


Abbildung 29.1: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zum körperlichen Risiko der Frau bei später Mutterschaft nach KOMI

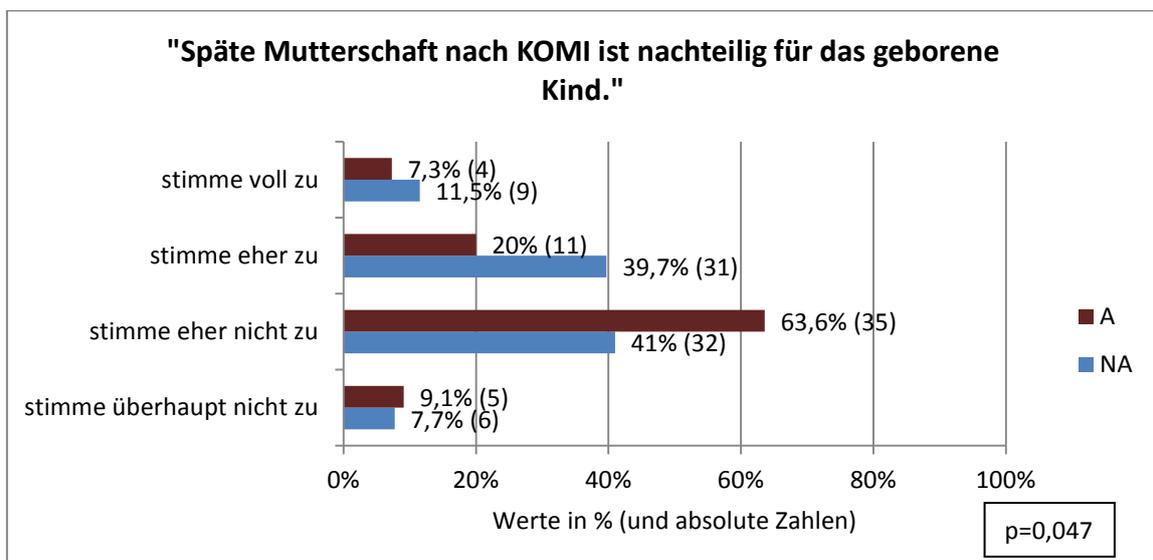


Abbildung 29.2: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI

Ähnlich wie bei den weiblichen und männlichen Ärzt*innen ergab sich in Bezug auf die Notwendigkeit rechtlicher Regulierungen ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen A und NA (Abb. 30). Die Mehrheit von NA, nämlich 61,3%, befürworten zusätzliche rechtliche Regulierungen für KOMI. Diese Meinung vertreten nur 37,5% von A. NA fordern also in der Mehrzahl zusätzliche rechtliche Regelungen. Ob dies

ein Grund ist, warum NA KOMI nicht anbieten, kann aus der vorliegenden Befragung nicht abgeleitet werden. Allerdings zeigt sich darin ein deutliches Gefühl der Rechtsunsicherheit unter den Personen, die KOMI nicht anbieten. Der p-Wert zum dazugehörigen Chi-Quadrat-Test nach Pearson beträgt $p=0,006$. Hiermit wird ein statistisch signifikantes unterschiedliches Antwortverhalten bestätigt.

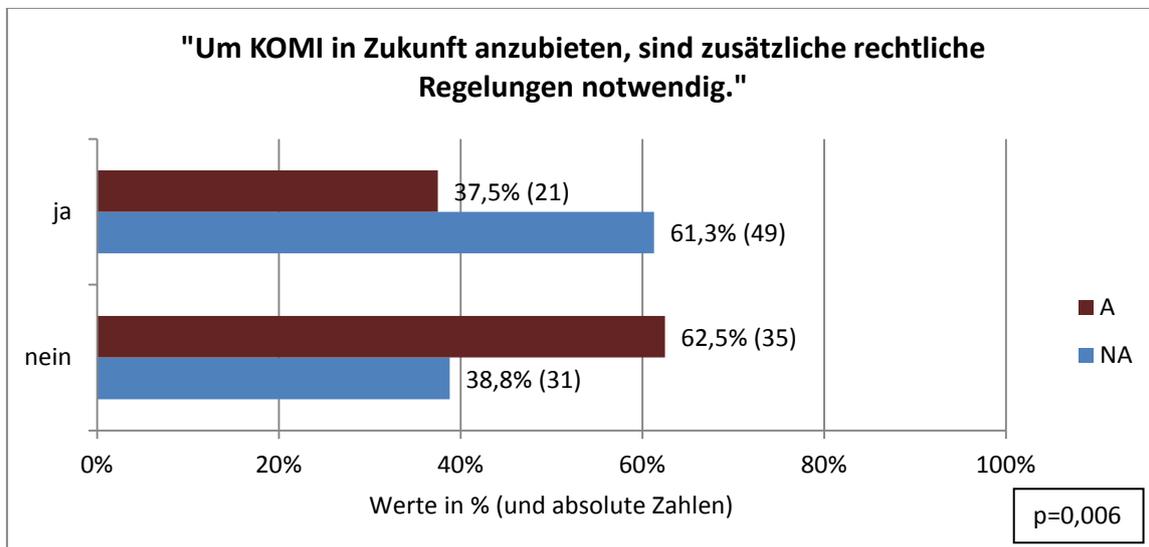


Abbildung 30: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A), und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA), zu rechtlichen Regelungen für KOMI

Die letzte Frage, welche ich in Bezug auf das Antwortverhalten von A und NA vorstellen möchte, ist die Frage nach der wirtschaftlichen Attraktivität von KOMI (Abb. 31). Hier hätte ich erwartet, dass mehr Personen, die KOMI anbieten, das Verfahren als wirtschaftlich attraktiv einstufen. Interessanterweise stimmen aber weniger als die Hälfte von A „voll“ oder „eher“ zu, dass das Anbieten von KOMI wirtschaftlich attraktiv sei (42,8%). Unter NA vertraten mehr Personen diese beiden Positionen, nämlich 58,5%. Das bedeutet, die Mehrheit von NA sieht KOMI als wirtschaftlich attraktiv an, während weniger als die Hälfte von A diese Einschätzung teilen. Dass die Antworten auf sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückzuführen sind, ist nicht auszuschließen, allerdings deutet der p-Wert von $p=0,204$ ohnehin auf ein statistisch nicht signifikant unterschiedliches Antwortverhalten hin, so dass das Faktum, ob Ärzt*innen KOMI anbieten oder nicht, keinen Unterschied in der Bewertung der Lukrativität des Verfahrens ausmacht.

Der wirtschaftliche Aspekt scheint also eher nicht entscheidend dafür zu sein, ob Ärzt*innen KOMI anbieten oder nicht. Die eindeutige Verbindung von KOMI mit rein kommerziellen Interessen, wie sie von einigen Autor*innen in der medizinethischen Diskussion hergestellt wird (Harwood 2009; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012),

scheint sich laut dieser Datenerhebung nur zu einem geringeren Teil als Haltung unter deutschen RM zu finden. Stattdessen scheinen andere Faktoren, beispielsweise die Einschätzungen bezüglich der allgemeinen ethischen Vertretbarkeit und der eventuell daraus resultierenden Forderung nach rechtlicher Einschränkung des Verfahrens eine Rolle zu spielen. Andere Gründe, die ich nicht abgefragt habe, könnten selbstverständlich eine Rolle in der Entscheidung für oder gegen das Anbieten von KOMI spielen, beispielsweise die Möglichkeit, das Verfahren zu erlernen, die Kosten der für das Verfahren notwendigen Geräte sowie das Einzugsgebiet der Praxis. Dennoch deutet das signifikant unterschiedliche Antwortverhalten sowohl bei der ethischen Vertretbarkeit und der Natürlichkeit des Verfahrens als auch der Einschätzung der Risiken später Mutterschaft und der Notwendigkeit rechtlicher Regulierungen darauf hin, dass diese Faktoren eine Rolle in der Entscheidung spielen, das Verfahren anzubieten oder nicht.

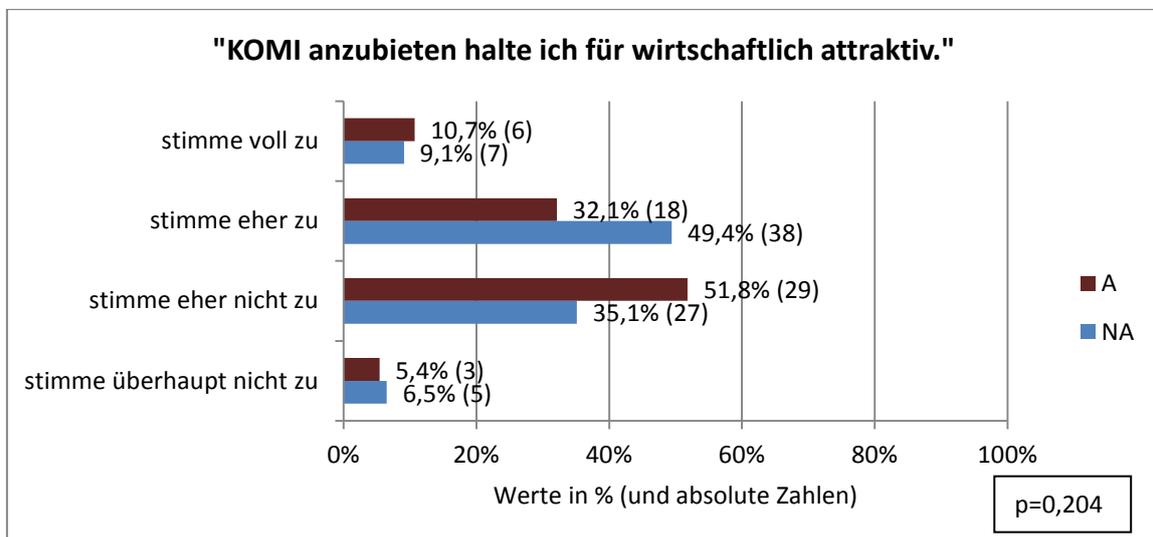


Abbildung 31: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten (A) und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten (NA) zur wirtschaftlichen Attraktivität von KOMI

3.2.6 AUSWERTUNG DER FREITEXTKOMMENTARE

Die Analyse der Freitextkommentare erfolgte mit einem inhaltsanalytischen Verfahren in Anlehnung an Mayring (Mayring 2003, S. 89). Die Forschungsfragen für die Analyse lauteten: Welche Aspekte werden von den Befragten genannt? Die Unterfragen lauteten: Welche näheren Erläuterungen gibt es zu bereits im Fragebogen genannten Aspekten? Welche neuen Aspekte werden genannt? Unter der Frage 15 habe ich im Fragebogen die Möglichkeit zu Ergänzungen oder Kritik in Freitextform gegeben. Diese Möglichkeit für einen schriftlichen Kommentar nutzten 29 Personen (21,3%). Ich habe die Kommentare

kodiert und werde die Ergebnisse im Folgenden zu den jeweiligen Aspekten geordnet darstellen. Ich werde mit Verweis auf die Häufigkeit eines bestimmten genannten Aspektes auch Aussagen über die relative Gewichtung eines Themas innerhalb des Studienkollektivs machen (Mayring 2003, S. 59).

Altersbegrenzung für eine späte Schwangerschaft

Mit Abstand am häufigsten äußerten sich die Ärzt*innen zum Thema der Altersbegrenzung für eine Schwangerschaft nach KOMI [Fragebogen 11, 13, 36, 41, 46, 51, 55, 73, 75, 77, 93, 96, 102, 113; n=14]. Viele schlagen konkrete Alterswerte für eine Begrenzung vor. Eine Altersgrenze von 40-49 Jahren empfinden drei Personen als adäquat [11, 13, 73]. Am häufigsten wird ein Alter von 50 Jahren genannt [41, 55, 75, 77, 96, 113]. Einmal wird als Referenz dafür die europaweit vorgeschlagene Altersgrenze bei Eizellspende erwähnt [96]. Vielleicht könnte das ein Grund dafür sein, dass dieser Altersvorschlag am häufigsten genannt wird. Etwa mit 50 Jahren tritt üblicherweise die Menopause ein; auch das könnte ein Grund für die Altersfestlegung sein. Zwei Personen geben ein Alter über 50 Jahre als sinnvolle Grenze an, nämlich das Alter von 60 Jahren [46] und eine Altersgrenze von 55 Jahren [102]. Eine Person gibt die Menopause als Grenze an [93]. Interessanterweise werden die Risiken einer späten Schwangerschaft seltener als Grund für eine Altersbegrenzung benannt [11, 51]. Häufiger wird als Grund für eine Altersbegrenzung das Kindeswohl genannt [36, 46, 51, 102, 113]. Es ist in den Freitextkommentaren die am häufigsten genannte Begründung für eine Altersbegrenzung. Das Kindeswohl scheint also unter den Ärzt*innen eine bedeutende Rolle für die Einschränkung von KOMI zu spielen. In Bezug auf den Zeitpunkt der Eizellentnahme für KOMI geben zwei Personen ein Zeitfenster an [73, 75]. Von [73] wird ein Alter von 28-35 für die Eizellentnahme vorgeschlagen, von [75] ein Alter von 30-40 Jahren.

Die größten Bedenken in Bezug auf KOMI scheinen die Ärzt*innen also bei einer späten Mutterschaft zu haben. Deshalb halten viele eine Altersregelung für notwendig. Der am häufigsten angegebene Grund dafür ist die Gefährdung des Kindeswohls. Auch für die Eizellentnahme werden Altersgrenzen vorgeschlagen, dies allerdings nur von zwei Personen.

Moralische Bewertung von KOMI

Am zweithäufigsten nehmen RM Bezug auf die allgemeine moralische Bewertung von KOMI [3, 4, 18, 98, 134; n=5]. Hier wird darauf eingegangen, dass KOMI nicht pauschal als problematisch bewertet werden sollte. KOMI „kann individuell sinnvoll sein“ [3]. Im

Fragebogen 18 drückt dies die antwortende Person folgendermaßen aus: „Pauschalantworten sind immer deutlich von Nachteil gegenüber der individuellen Situation einer einzelnen Patientin“ [18]. In den Antworten von [3, 4, 18 und 134] findet sich die Bewertung, dass KOMI in einigen Situationen sinnvoll sein könne. Nur [98] äußert sich zu den unterschiedlichen moralischen Bewertungen des Verfahrens: „Es herrscht sehr hohe Ambivalenz“ [98].

Nachfrage nach KOMI

Die Nachfrage wird von vier Personen thematisiert [22, 42, 54, 134; n=4]. Eine Person weist darauf hin, dass die tatsächliche Nachfrage gar nicht ermittelt werden könne, weil sich viele Frauen des Problems der sinkenden Fertilität gar nicht bewusst seien [22]. Eine Person äußert, dass die „Ausweitung“ des Verfahrens sich danach richte, wie sich die Bevölkerung im Umkreis der Praxis zusammensetzt [42]. Eine Person erwähnt, dass „bisher kein Bedarf bestand“, deshalb „haben wir uns mit dem Thema noch nicht beschäftigt“ [134]. Die Nachfrage scheint also unterschiedlich eingeschätzt zu werden.

Ungenauere Definitionen

Drei Personen gehen auf die Begriffe „fortgeschrittenes Alter“ und „späte Mutterschaft“ ein, die im Fragebogen nicht näher definiert wurden [37, 55, 64; n=3]. Alle drei Kommentare kritisieren diese Ungenauigkeit. Person [22] schreibt: „Welches Alter ist ›spät‹? Was bedeutet ›fortgeschrittenes‹ Alter?“. Person [55] und [64] drücken sich ähnlich aus. Person [55] weist darauf hin, dass „[d]ie Begriffe fortgeschrittenes Alter und später Mutterschaft [...] exakt definiert werden [sollten].“ In Fragebogen [64] werden diese Begriffe als „vage und unpräzise Aussagen“ kritisiert. Eine genaue Definition dieser Begriffe wird also von einigen wenigen Studienteilnehmer*innen erwartet, um exakte Bewertungen vornehmen zu können. Die Kritik könnte ebenfalls darauf hinweisen, dass der in der öffentlichen Diskussion übliche Begriff der späten Mutterschaft evtl. revidiert werden muss.

Weitere Anmerkungen

Ich möchte zum Schluss der Analyse noch auf einige Kommentare eingehen, die im Fragebogen nicht genannte Aspekte einer ethischen Auseinandersetzung mit KOMI abdecken. Person [96] geht auf gesellschaftliche Veränderungen ein, die KOMI als Möglichkeit attraktiv erscheinen lasse und fordert eine ausführliche medizinische Aufklärung vor der Anwendung: „1992 hat Prof. Edwards dieses Thema auf dem IVF-Weltkongress in Caracas vorgetragen. Damals haben wir dieses Thema als absurd

bezeichnet. Die Gesellschaft hat sich geändert! [...] [Eine] Aufklärung muss in Analogie zu Schönheitsoperationen erfolgen!“ [96]. Auf die Notwendigkeit einer ausführlichen Aufklärung über Kosten und Nutzen von KOMI weist auch Person [30] hin: „Wesentlich ist eine ausführliche Beratung über Kosten + Nutzen des *social freezing*[.] insbesondere auch über die Notwendigkeit anschließend [eine] IVF durchzuführen.“ Eine Person thematisiert die soziale Ungleichheit, welche sich durch KOMI vergrößern könnte: „Es wird ein Verfahren für die: -sozial besser gestellten, -gebildeteren, -egoistischeren, -sozial weniger kompetenten Frauen. Es ist ein reines ›Lifestyle‹-Verfahren“ [131]. In dieser Anmerkung finden sich viele Stereotype, welche auch in der ethischen Diskussion um späte Mutterschaft auftauchen (siehe Kapitel 3.3.3.4). Eine Person weist darauf hin, dass sich die gesellschaftspolitische Situation für Frauen verbessern müsste: „Die Politik sollte jungen Frauen bessere Perspektiven geben, bei Berufstätigkeit ihre Kinder besser versorgt zu wissen, z.B. Kinderkrippen direkt an Arbeitsplätzen, finanzielle Unterstützung“ [86]. Auch diese Position findet sich in der ethischen Diskussion um KOMI wieder (vgl. Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012).

In den Freitextkommentaren werden hauptsächlich die Fragen einer Altersbegrenzung und die allgemeine moralische Bewertung von KOMI aufgegriffen. Insbesondere mit Blick auf die Altersbegrenzung haben viele Ärzt*innen konkrete Altersvorstellungen, am häufigsten das 50. Lebensjahr. In den Freitextkommentaren wird am häufigsten das Kindeswohl als Argument für eine Altersbegrenzung vorgebracht.

3.2.7 ZWISCHENFAZIT

Die Gesamtzahl der Befragten beträgt N=136 bei einer Rücklaufquote von 51,8%. KOMI wird derzeit bereits in Deutschland angeboten, zwar zu einem geringeren Teil als KMI, jedoch mit steigender Tendenz. Der Großteil der Befragten (52,6%) bewertet auch die Nachfrage für KOMI als ausreichend, um ein Angebot des Verfahrens in Betracht zu ziehen. Das bedeutet, dass die Diskussion um KOMI relevant ist und in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch relevanter werden wird.

Die Mehrzahl der Ärzt*innen bewerten KOMI als sichere und effiziente Technik. Dies steht im Gegensatz zu einer eher kritischen Bewertung der Sicherheit und Effizienz des Verfahrens KOMI in der ethischen Debatte.

Die meisten RM halten das Verfahren KOMI für ethisch vertretbar (77,2%). Insbesondere die Selbstbestimmung der Frau (89,7%) und Gleichheit zwischen Frauen und Männern (78,3%) sind moralische Werte, die RM in Bezug auf KOMI positiv bewerten. Gleichheit wird dabei nicht so klar positiv bewertet wie die Selbstbestimmung der Frau. Dies deutet eventuell auf Unklarheiten hin, was Gleichheit als moralisches Kriterium in Bezug auf KOMI bedeuten könnte.

RM haben auch moralische Bedenken bezüglich KOMI. Weniger problematisch wird eine Mutterschaft im fortgeschrittenen Alter generell bewertet. Auch die Aussage, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, hält nur ca. ein Drittel der RM für zutreffend. Allerdings werden Kindeswohl und das körperliche Risiko bei einer späten Mutterschaft kritischer eingeschätzt. Der Aussage, späte Mutterschaft nach KOMI sei nachteilig für das geborene Kind, stimmen immerhin 41,4% (n=55) der Befragten zu. Insbesondere das körperliche Risiko für die Frau bei später Schwangerschaft wird von 56,6% der RM als hoch erachtet.

Die Mehrzahl der Ärzt*innen positioniert sich mit 51,5% Zustimmung für eine Notwendigkeit rechtlicher Regulierungen zu KOMI. Diesen hohen Anteil an zustimmenden Antworten gilt es insbesondere deshalb hervorzuheben, weil derzeit noch keine Regulierungen zu KOMI existieren. Am dringlichsten empfanden die Ärzt*innen mit einer Zustimmung von 55,1% eine rechtliche Festlegung eines Höchstalters der Frau für die Implantation des Embryos. Auch eine Regelung dafür, was mit nicht verwendeten Oozyten geschehen und wie lang die Aufbewahrungsdauer der kryokonservierten Oozyten sein soll, halten 35,3% bzw. 30,1% für notwendig. In den Freitextkommentaren wird die Forderung für eine Altersbegrenzung von KOMI am häufigsten erwähnt (n=14). Explizite Vorschläge sind 40-49 Jahre (n=3), 55 Jahre (n=1) oder 60 Jahre (n=1). Am häufigsten wird allerdings das Alter 50 Jahre als Grenze angegeben (n=6). Probleme, die sich bei der Beantwortung gestellt haben, sind die unklaren Konzepte von „später Mutterschaft“ und „fortgeschrittenem Alter“. In den Freitextkommentaren wurde darauf verwiesen, dass die Begriffe ungenau seien. Auf die Frage, ob eine Schwangerschaft auch im fortgeschrittenen Alter ermöglicht werden sollte, haben nur 130 Personen geantwortet. Diese Kritik weist auf die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den Begriffen *Alter* und *später Mutterschaft* hin.

Eine unterschiedliche moralische Bewertung von KOMI ergab sich insbesondere zwischen Frauen und Männern und zwischen KOMI anbietenden Personen (A) im Vergleich zu KOMI nicht-anbietenden Personen (NA). Während 82% der Männer KOMI für ethisch vertretbar

halten, sehen dies nur 68,1% der Frauen ebenso. Frauen bewerten insbesondere die Möglichkeit zur Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter kritischer als Männer. Auch der Aussage, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, stimmen mehr Frauen als Männer zu. Warum Frauen KOMI kritischer bewerten, ist dem Fragebogen nicht zu entnehmen. Zu vermuten ist eine intensivere Auseinandersetzung mit Komplikationen oder Nachteilen einer späten Mutterschaft basierend auf eigenen körperlichen Erfahrungen einer Schwangerschaft oder auch eine größere Skepsis, mithilfe dieses Verfahrens eine Schwangerschaft erreichen zu können. Dies sind allerdings nur mögliche Begründungen.

Zwischen A und NA gibt es ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede im Antwortverhalten. NA halten die Sicherheit und Effizienz von KOMI weniger für gegeben im Vergleich zu A. Über ein Drittel von NA schätzen die generelle ethische Vertretbarkeit von KOMI kritisch ein im Vergleich zu nur 5,4% von A. Auch hier wird die Einschätzung, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, signifikant unterschiedlich bewertet mit 47,4% Zustimmung unter NA und nur 14,3% unter A. Dies deutet auf unterschiedliche Konzeptionen von Natürlichkeit und der menschlichen Natur hin. Die Fragen nach dem körperlichen Risiko für die Frau bei später Schwangerschaft und dem Nachteil für das geborene Kind bei später Mutterschaft nach KOMI werden ebenfalls von NA häufiger zustimmend beantwortet als von A. Interessanterweise wird die wirtschaftliche Attraktivität von A und NA nicht unterschiedlich bewertet. Die unterschiedliche Bewertung der ethischen Fragen zu KOMI von A und NA deutet darauf hin, dass auch unterschiedliche moralische Einschätzungen eine Rolle bei der Entscheidung spielen, KOMI anzubieten oder nicht.

Wie spiegeln sich die hier vorgestellten Ansichten von Reproduktionsmediziner*innen in der ethischen Debatte zu KOMI wider? Im folgenden Kapitel soll es darum gehen, die in diesem Kapitel genannten ethischen Argumente sowohl im moralisch-philosophischen Kontext als auch in der Debatte zu KOMI darzustellen. Darüber hinaus möchte ich die Argumente auf ihre Plausibilität überprüfen und Begründungen für eine mögliche Regulierung von KOMI, beispielsweise für die hier geforderte Altersgrenze, aus ethischer Sicht erörtern.

3.3 DARSTELLUNG VON ETHISCHEN POSITIONEN ZU KOMI

Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen ist Gegenstand intensiver medizinischer Forschung, was sich in einer großen Anzahl medizinischer Fachliteratur widerspiegelt. In der medizinischen Literatur werden dabei häufig beide in Kapitel 3.1.2 aufgeführten Möglichkeiten, also KMI und KOMI, zusammen diskutiert, da sich in medizinisch-technischer Hinsicht keine Unterschiede ergeben. Die Verwendung des Verfahrens für gesunde Frauen scheint jedoch eine besondere ethische Legitimation zu erfordern. Knopman et al. kommentieren beispielsweise:

„The novelty of such procedures, in conjunction with variable outcome results, has caused many to question the ethics of offering these treatments to healthy women desiring this extension“ (Knopman et al. 2010, S. 8).

Geht es bei der ethischen Fragestellung zu diesem Verfahren bei gesunden Frauen tatsächlich – wie Knopman et al. meinen – um die Neuheit des Verfahrens und die damit einhergehende Unsicherheit über das *Outcome*? Stellen sich nicht vielmehr darüber hinausgehende ethische Fragen im Hinblick auf die Konsequenzen für das Kind und unsere Vorstellungen von Elternschaft? Oder bereitet die Anwendung von KOMI im Gegenteil überhaupt kein moralisches Problem, sondern wird nur zu einem solchen dramatisiert, wie der Neuroethiker Neil Levy postuliert (Levy 2009)?

Um dieses Spannungsfeld zu ergründen, sollen zunächst die wesentlichen Argumente der ethischen Debatte dargestellt werden. Ich werde mich im Folgenden nur auf die ethische Auseinandersetzung mit Kryokonservierung von Oozyten bei gesunden Frauen beschränken. Die vier Argumente Gleichheit, Autonomie, Natürlichkeit und Kindeswohl spielen in der Debatte eine Rolle. Auch wenn Natürlichkeit und Kindeswohl nicht so offensichtlich zur Sprache kommen wie die Argumente der Gleichheit und der Autonomie, so finden sich in den Texten immer wieder Bezüge zu den Fragen, ob eine natürliche Schwangerschaft KOMI vorzuziehen und wie das Wohl des Kindes nach KOMI zu bewerten sei. Ich möchte bereits vorwegnehmen, dass die vier Argumente in unterschiedlicher Prägnanz und theoretischer Tiefe vorgebracht werden. Gleichheit und Autonomie sind elaborierte Argumente, welche auch innerhalb der Debatte über KOMI klar benannt und mit Verweis auf bestimmte Konzepte näher erläutert werden. Natürlichkeit und Kindeswohl tauchen eher indirekt auf. Während Natürlichkeit nur bei einigen wenigen Autor*innen als direktes Argument genannt wird, gibt es häufiger implizite Bezüge auf eine natürliche Mutterschaft. Kindeswohl erscheint als Argument im Vergleich zu Autonomie oder Gleichheit unsystematischer und weniger theoretisch durchdrungen. So

werden häufig allgemeine Vorstellungen von guter Elternschaft oder guter Kindheit vorgebracht, ohne zu erläutern, ob diese für das Argument des Kindeswohls in moralischer Hinsicht überhaupt von Bedeutung sind. Ich werde mich im Folgenden den Argumenten einzeln zuwenden und jeweils nach einer Einführung in die theoretischen Grundlagen auf die Verwendung des Arguments in der Diskussion um KOMI eingehen.³³

³³ Ein möglicher Bias in meiner Bewertung der Argumente zu KOMI liegt darin, dass ich selbst als Frau in Alter und Ausbildungsgrad der Zielgruppe für dieses Verfahren angehöre. Jüngere Frauen sind dem Verfahren tendenziell offener eingestellt (Stoop et al. 2011). Darüber hinaus habe ich als Medizinerin eher weniger Berührungsängste mit medizinisch-technischen Interventionen am menschlichen Körper. Nichtsdestotrotz ist die Literaturanalyse anhand einer systematischen Begutachtung der jeweiligen Argumente auf deren Kohärenz erfolgt.

3.3.1 GLEICHHEIT

3.3.1.1 Der Begriff Gleichheit

Ein häufig genanntes Argument³⁴ ist das der Gleichheit. Gleichheit gilt als Übereinstimmung eines Merkmales oder mehrerer Merkmale zwischen zwei oder mehreren Objekten bei Verschiedenheit anderer Merkmale zwischen diesen Objekten. Dabei ist Gleichheit (*equality*) begrifflich abzugrenzen von Selbigkeit (*identity*) und Ähnlichkeit (*similarity*). Selbigkeit bedeutet die Übereinstimmung zweier Objekte in allen Merkmalen, Ähnlichkeit umschreibt die annähernde Übereinstimmung zweier Objekte in allen Merkmalen. Um sich dem Argument Gleichheit zu nähern scheint es sinnvoll, eine begriffliche Einführung zu liefern und Dimensionen von Gleichheit zu skizzieren. Ich werde danach drei prominente Ansätze des liberalen Egalitarismus erläutern, welche für die Diskussion von KOMI relevant sind. Des Weiteren werde ich auf Geschlechtergleichheit als konkrete Äußerung von Gleichheit eingehen. Im Anschluss daran werde ich wichtige Aspekte der Diskussion um KOMI benennen und in der Verknüpfung mit den Schlussfolgerungen aus dem theoretischen Teil einige Zwischenergebnisse benennen.

Dimensionen von Gleichheit

Gleichheit ist ein bedeutendes Argument mit normativer Dimension im Sinne der Forderung nach Gerechtigkeit. Somit sind Gleichheit und Gerechtigkeit inhaltlich miteinander verwoben. Die philosophische Denkrichtung, welche Gleichheit einen zentralen Wert zuspricht, wird Egalitarismus genannt. Der genaue Zusammenhang von Gleichheit und Gerechtigkeit sowie die Rolle von Gleichheit innerhalb von Gerechtigkeitstheorien werden philosophisch kontrovers diskutiert. Im Kontext von Gerechtigkeit wird Gleichheit häufig als ein struktureller Bestandteil moderner Gerechtigkeitstheorien verstanden. Insbesondere bezieht sich die Forderung nach Gleichheit auf gleiche Rechte für alle. Die Frage nach der gleichen Verteilung von Gütern, etwa Geld, Bildung oder Arbeit, wird dagegen unterschiedlich beantwortet (Mazouz 2002, S. 368). Dies hängt u.a. auch damit zusammen, dass der Begriff der Gleichheit mehrere Dimensionen hat. Innerhalb der Gleichheitsdebatte wird die Frage danach, welche Güter gleich verteilt werden sollen, diskutiert (*Equality of What?*). Darunter zählen z.B.

³⁴ Der Einfachheit halber nenne ich die Gesamtheit aller theoretischen Überlegungen und Konzeptionen Argument. Wenn ich von einem Argument spreche, meine ich damit den Komplex mit seinen unterschiedlichen Konzeptionen.

Ressourcen, Wohlergehen oder Fähigkeiten, um die bekanntesten Ansätze zu nennen. Auch die Frage danach, zwischen wem die Gleichheit hergestellt werden soll, ist Gegenstand der Debatte (*Equality of whom?*). Hierunter wird erörtert, welche Subjekte bei dem Streben nach Gleichheit berücksichtigt werden sollten. Auch die Frage nach dem Wert von Gleichheit spielt bei der Auseinandersetzung mit Gleichheit eine Rolle. Ferner lassen sich verschiedene Dimensionen ausmachen, in denen Gleichheit bedeutsam ist: die rechtliche Dimension der Bürgerrechte im Sinne von bürgerlichen Freiheiten, Rechten und Pflichten, die politische Dimension durch gleiche Möglichkeiten zu politischer Partizipation, die soziale Dimension für gleiche Chancen bei gleicher Begabung und Motivation und die ökonomische Dimension der gerechten Verteilung von Gütern (Gosepath 2011). Kontroversen der einzelnen Teilbereiche verdeutlichen die Komplexität der damit einhergehenden Fragen: Wie soll der Staat gleichen Zugang, z.B. zu Bildung, ungeachtet des sozialen Hintergrundes, absichern und in welchem Ausmaß? Gibt es gerechtfertigte Ausnahmen für die gleiche Verteilung von Gütern? Welche Güter sind von Relevanz? Können finanzielle Ungleichheiten in Besitz und Vergütung gerechtfertigt werden? Diese Fragen sind im Rahmen dieser Arbeit nicht alle zu beantworten und auch nicht gleichermaßen wichtig, um Aussagen zur ethischen Bewertung von KOMI zu treffen. Sie verdeutlichen allerdings die verschiedenen Dimensionen, in denen Gleichheit von Bedeutung ist. Ich werde im Folgenden auf drei prominente Ansätze des liberalen Egalitarismus eingehen, da sie jeweils unterschiedliche Aspekte beleuchten, welche für die Diskussion um KOMI relevant sind.

Drei exemplarische Ansätze des liberalen Egalitarismus

Theorien der Verteilungsgerechtigkeit rekurren auf das Prinzip der Gleichheit in unterschiedlicher Form. Dies soll an drei Konzepten prominenter Vertreter des Egalitarismus deutlich gemacht werden. Im klassischen Liberalismus wird dem Begriff der Gleichheit eine marginale Rolle zugeordnet. Persönliche Freiheiten und Minimalprinzipien staatlicher Regulierungen stehen im Vordergrund (Gosepath 2011). Ausgehend von dieser Grundidee einer libertären Gesellschaftsordnung entwickelte der Philosoph John Rawls eine Gerechtigkeitstheorie, in der das Prinzip der Gleichheit eine bedeutende Rolle einnimmt. In seiner *Theory of Justice* sind Gleichheit und der „Schleier des Nichtwissens“³⁵

³⁵ Unter dem „Schleier des Nichtwissens“ versteht Rawls eine Methode, mithilfe derer Gerechtigkeitsgrundsätze innerhalb einer Gesellschaft entwickelt werden können. Die Menschen sollen sich in eine Art „Urzustand“ versetzen, in dem sie weder um ihre gesellschaftliche Stellung noch um ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten wissen. Aus dieser Situation des Urzustands heraus könnten Gerechtigkeitsvorstellungen entwickelt werden, die verfahrensgerecht seien. Ohne Kenntnis der eigenen Position ist es unwahrscheinlich, Vorteile für eine bestimmte Situation oder gesellschaftliche Stellung zu erwirken (Rawls 1979, S. 159 ff.).

Bedingungen für die Entwicklung von Grundsätzen der Gerechtigkeit (Rawls 1979). Das Urteil über Grundsätze der Gerechtigkeit soll aus einem hypothetischen Urzustand der Gleichheit heraus erfolgen. Gleichheit wird also als eine Bedingung – wenn auch hypothetischer Natur – für Gerechtigkeit genannt. Rawls benennt zwei Grundsätze der Gerechtigkeit. Der erste Grundsatz beinhaltet ein gleiches Recht auf gleiche Grundfreiheiten. Der zweite Grundsatz fordert die Gestaltung sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten so, dass die dann noch bestehenden Ungleichheiten jedoch (a) „zu jedermanns Vorteil dienen“ und (b) „mit Positionen und Ämtern verbunden sind, die jedem offen stehen.“ (Rawls 1979, S. 81). Insofern spricht Rawls mit der hypothetischen Gleichheit als Voraussetzung und der Verteilungsgleichheit als Ziel einer gerechten Gesellschaftsordnung mehrere Dimensionen des Begriffes Gleichheit an.

Eine Bedingung dafür, dass gerechte „Verteilungsgrundsätze“ für eine Gesellschaft entstehen können, besteht für Rawls in der Verfahrensgerechtigkeit (ebd., S. 26, S. 159). Diese Verfahrensgerechtigkeit soll mithilfe des „Schleiers des Nichtwissens“ garantiert werden. Rawls verwendet Gleichheit hier im Sinne von gleichen Grundbedingungen, um eine gerechte Gesellschaftsordnung entwickeln zu können. In seiner inhaltlichen Bestimmung versteht Rawls unter Gerechtigkeit eine gleiche Freiheit für alle, insbesondere die „Gewissens- und Gedankenfreiheit, die persönliche Freiheit und die politische Gleichberechtigung“ (ebd., S. 225). Er beschreibt die Pflicht des Staates in der „Gewährleistung der Bedingungen gleicher moralischer und religiöser Freiheit“ (ebd., S. 242). Lediglich mit der Begründung, größere Ungerechtigkeiten zu verhindern, könnte das Zugestehen gleicher Freiheiten verweigert werden (ebd., S. 244). Rawls verknüpft den Freiheitsbegriff³⁶ mit dem Begriff der Gleichheit. Er skizziert eine gerechte Gesellschaftsordnung, in der Verfassungs- und Verfahrensgerechtigkeit gewährleistet sind. Rawls versteht die Gleichheit als ein gerechtes Maß an Freiheit der Personen. Als Grundlage für die Gerechtigkeit wird „die Vereinigung gleicher Bürger“ angesehen (ebd., S. 241). Bei Rawls ist also die Gleichheit der Bürger schon vorhanden, sie ist sozusagen die bereits existierende Grundvoraussetzung dafür, dass Personen Regeln des gerechten Zusammenlebens entwickeln können (Dworkin 2002, S. 136).

In einem anderen, vom liberalen Rechtsphilosoph Ronald Dworkin geprägten Ansatz wird die Gleichheit nicht als Vorbedingung von Gerechtigkeit gesehen, sondern als etwas, das aktiv hergestellt werden muss. Gleichheit ist bei Dworkin der zentrale Bezugspunkt seiner

³⁶ Rawls verwendet einen Arbeitsbegriff von Freiheit, indem er drei Punkte nennt, die für seinen Freiheitsbegriff von Bedeutung sind: Handlungen, die frei sein sollen, Beschränkungen, von denen Menschen frei sein sollen und Bereiche, in denen Menschen frei sein sollen, beispielsweise in der Wahl der Religion (Rawls 1979, S. 230).

Gerechtigkeitstheorie. Der Schwerpunkt liegt nicht auf der Gleichverteilung von Gütern, sondern auf der Voraussetzung für den Erwerb von Gütern, z.B. Lebenschancen und Lebensbedingungen (Mazouz 2002). Auch bei Rawls findet sich zwar die Forderung nach Chancengleichheit im zweiten Gerechtigkeitsgrundsatz (Rawls 1979, S. 105. ff.), Dworkins Ansatz bezieht sich allerdings stärker auf die Entscheidungen der einzelnen Personen. Ressourcengleichheit wird als Grundvoraussetzung gesehen, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Eine Ungleichverteilung sei dann, ähnlich wie bei Rawls, gerechtfertigt, wenn diese den Ambitionen und Entscheidungen der Personen entspreche (Dworkin 1981). Dworkin versteht unter Ressourcen sowohl die persönlichen Ressourcen wie Gesundheit und politische Macht, die Personen ausüben können, als auch materielle Ressourcen wie Geld (Dworkin 2002, S. 300; Dworkin 2008, S. 81). Dworkin strebt eine Gleichverteilung der Ressourcen an, welche ex ante gleiche Ausgangsbedingungen der Menschen gewährleisten sollte (Dworkin 2014, S. 605 f.). Diese gleichen Ausgangsbedingungen bilden die Grundlage für soziale Gleichheit in einer Gesellschaft. Die Forderung eines Ressourcenegalitarismus versteht Dworkin als beste Interpretation des Prinzips des *equal respect and concern*³⁷ (Beier 2009, S. 151). Ich werde hier nicht weiter auf die Modi der gerechten Verteilung von Ressourcen nach Dworkin eingehen, da sie für meine Argumentation nicht entscheidend sind. Allerdings möchte ich festhalten, dass Dworkin eine gleiche Verteilung der Ressourcen ex ante im Sinne von „Dienstleistungen, Gütern oder finanziellen Mitteln“ als Ausgangsbedingung dafür ansieht, dass Menschen sich gleich begegnen können (Dworkin 2014, S. 611). Die materiale Gleichheit ist bei Dworkin nur eine Dimension von Gleichheit.

Die formale Gleichheit ist die zweite Dimension, welche Dworkin für unabdingbar hält, um Gleichheit zu erreichen (Beier 2009, S. 151). Laut Dworkin ist der Ausgleich von Ressourcen nötig, damit Menschen ihr Leben selbst gestalten können. Gleichheit kann in dieser Hinsicht als Zuerkennung von Freiheit bzw. Autonomie angesehen werden (ebd., S. 151). Freiheiten werden bei Dworkin als notwendig angesehen, um den eigenen Lebensentwurf erfolgreich gestalten zu können. Welche Freiheiten wir haben, lässt sich aus dem fundamentalen Gleichheitsprinzip ableiten (ebd., S. 152). Das Recht auf bestimmte Freiheiten ergibt sich also daraus, dass diese von dem Grundrecht auf Behandlung als Gleiche abgelesen werden können (ebd.). Gleiche Rücksicht und Achtung bedeutet bei Dworkin die „Einräumung von für alle Bürger gleichermaßen geltenden Grund- und Freiheitsrechten“ (ebd., S. 151). Die Behandlung als Gleiche in Bezug auf

³⁷ *Equal respect and concern* im Sinne von „gleicher Rücksicht und Achtung“ kann als Grundformel Dworkins Gleichheitsliberalismus verstanden werden (siehe auch Beier 2009, S. 151).

gleiche Anerkennung und Berücksichtigung von (Freiheits-)Forderungen ist deshalb die zweite wichtige Dimension, die formale Dimension der Gleichheit.

Dworkin macht mit der Unterscheidung von materialer und formaler Gleichheit seine Gleichheitsforderungen auf zwei unterschiedlichen Ebenen geltend. Dass sich diese beiden Forderungen nicht widersprechen müssen, macht auch der Philosoph Stefan Gosepath deutlich. Nach Gosepath konkurrieren Ansätze für eine moralische und materiale Gleichstellung nicht miteinander, sie bedingen sich, liegen aber auf verschiedenen Ebenen (Gosepath 2004, S. 453). Gosepath erläutert:

„Der auf Anerkennung und Differenz basierende Ansatz gibt eine gute Erklärung zum einen für die Verletzungen, die Personen bei ungerechter Behandlung erleiden und beklagen, und damit zum anderen dafür, was es heißt, jemanden mit gleicher Achtung und gleicher Rücksicht zu behandeln. Der Ansatz der Verteilungsgerechtigkeit hingegen bildet die beste Grundlage für die Rechtfertigung und Bestimmung derjenigen Maßnahmen, die notwendig sind, um jeden mit gleicher Achtung und gleicher Rücksicht zu behandeln, vor allem bei der Gewährung von Rechten oder der Verteilung von Gütern“ (ebd.).

Ressourcengleichheit und Achtung gleicher individueller Rechte widersprechen sich also nicht, sondern zielen auf unterschiedliche Dimensionen von Gleichheit ab, die allerdings gleichermaßen Bestandteil einer Forderung nach Gleichheit sind. Diese beiden Dimensionen von Gleichheit geben Antwort auf die Frage, wie Gleichheit hergestellt werden kann. Darüber hinaus geben sie keine Antwort, in welcher Hinsicht insbesondere eine moralische Gleichheitsforderung gerechtfertigt ist. Moralische Gleichheitsforderungen sollen Gegenstand des kommenden Abschnitts sein.

Der Philosoph Stefan Gosepath als dritter Vertreter eines liberalen Egalitarismus vertritt wie Dworkin einen individuenzentrierten Entwurf einer substantiellen Gleichheitsforderung. Gosepath versteht als wesentlichen Bestandteil einer Gleichheitsforderung die „fundamentale moralische Gleichwertigkeit aller Personen“ (Gosepath 2004, S. 128). Bei Gosepath ist die Forderung nach gleicher Achtung und Berücksichtigung der Personen im Sinne einer moralischen Gleichheit zentraler Bestandteil seiner Theorie. Er begründet dies damit, dass „[f]ür unseren Begriff von Moral [...] das freie, also zwanglose wechselseitige Überzeugenkönnen in moralischen Angelegenheiten zentral [ist]“ (Hervorhebung des Autors, Gosepath 2004, S. 145 f.). Von Relevanz ist dabei der entscheidende Unterschied zwischen der Forderung „Personen als Gleiche zu behandeln“ und der Forderung „Personen gleich zu behandeln“ (ebd., S. 129). Es geht eben nicht darum, einen gleichen Anteil zu beanspruchen, sondern hinsichtlich moralischer Forderungen „von einem unparteiischem Standpunkt aus“ mit der gleichen

Achtung und Rücksicht behandelt zu werden wie jede andere Person (ebd.). Gosepath expliziert, in welcher Hinsicht diese gleiche Achtung und Rücksicht zu gewährleisten sind. Es könnten (Un-)Gleichheiten, natürlicher' Eigenschaften, sozialer Eigenschaften oder die soziale Bewertung existierender Ungleichheiten Gegenstand einer Forderung nach moralischer Gleichheit sein (ebd., S. 130).

Empirisch ausgemachte Eigenschaften müssen auch in moralischer Hinsicht relevant sein, um nach dem Kriterium der Gleichheit Forderungen zu rechtfertigen. So hat beispielsweise das Kriterium der unterschiedlichen Körpergröße erst dann moralische Relevanz, wenn daraus ein Nachteil resultiert, beispielsweise eine verhinderte gesellschaftliche Teilhabe aufgrund von unmöglichem Zugang zu öffentlichen Räumlichkeiten. Aus körperlichen Eigenschaften wie Haarfarbe, Körpergröße, Körpergewicht eine moralische Forderung abzuleiten, käme also einem naturalistischen Fehlschluss³⁸ gleich (ebd., S. 133). Zu moralisch relevanten Merkmalen zählt Gosepath Selbstbewusstsein, Autonomie, Rationalität und Emotionalität (ebd., S. 135). Wird eine Ungleichheit in Bezug auf eine moralisch relevante Forderung festgestellt, so liegt die Beweislast auf Seite derjenigen, welche die Rechte einschränken wollen. Diese Forderung findet sich sowohl bei Rawls als auch bei Gosepath (Gosepath 2004, S.130; Rawls 1979, S. 244). Im Kapitel zu Autonomie in dieser Arbeit (Kapitel 3.3.2.5) werde ich zeigen, dass die Möglichkeit zur Fortpflanzung im Sinne der Fortpflanzungsautonomie als eine moralisch relevante Forderung verstanden werden kann.

Kritik an egalitaristischen Konzepten

Anti-Egalitarist*innen stellen die Idee der Gleichheit prinzipiell in Frage. Sie weisen darauf hin, dass die jeweils als entscheidend erachtete Ursache für Ungleichheit Auswirkungen auf die Definition von Gleichheit habe. Unterschiedliche deskriptive und normative Standards führten zu unterschiedlichen Konzepten von Gleichheit (Gosepath 2011). Diese können nicht zu einem einheitlichen Prinzip zusammengeführt werden. Die Philosophin Angelika Krebs bündelt die neue Egalitarismuskritik zu vier relevanten Einwänden. Ich werde im Folgenden ihre Kritik anhand von zwei zentralen Argumenten verdeutlichen. Erstens liege der Forderung auf »Gleichheit« eine Verwechslung mit »Allgemeinheit« zugrunde. »Allgemeinheit« sei in der Tat Bestandteil elementarer Gerechtigkeitsforderungen und verlange gewisse Lebensbedingungen wie etwa Ernährung oder Versorgung im Krankheitsfalle für alle. Die dadurch erlangte Gleichheit „sei jedoch nicht das Ziel, sondern nur das Nebenprodukt elementarer Gerechtigkeitsforderungen“ (Krebs

³⁸ Unter einem naturalistischen Fehlschluss wird die Annahme verstanden, aus einem Sein-Zustand eine Soll-Forderung abzuleiten, siehe auch Kapitel 3.3.3.1.

2000, S. 9). In einem weiteren Kritikpunkt wird die Schwierigkeit, Gleichheit zu realisieren, thematisiert. Im Versuch, Gleichheit herzustellen, werde die Ungleichheit nur auf andere Bereiche verschoben. Hinzu kommen die zahllosen möglichen Wechselfälle des menschlichen Lebens wie etwa die, einen unpassenden Beruf zu ergreifen oder ein schwieriges Kind aufzuziehen, welche in einer Gleichheitsforderung nicht erfasst werden könnten (ebd., S. 30). Dem entgegen Gosepath, dass bei einer Verteilung von Gütern nicht allein die objektiven Daten einer einzelnen Person unabhängig von denen anderer Personen ausreichend sind, um eine gleiche oder ungleiche Verteilung zu rechtfertigen, z.B. bei der medizinischen Versorgung. In einem Gesellschaftssystem müssten sowohl Ansprüche als auch moralische Pflichten gegenüber anderen immer relational, also in Bezug auf die anderen, bestimmt werden (Gosepath 2004, S. 185). „Denn bei (distributiver) Gerechtigkeit geht es darum, welche Ansprüche auf welche Güter gegenüber wem mit welchen Gründen zu rechtfertigen sind.“ (Hervorhebung des Autors, ebd.). Als Rechtfertigungsprinzip gilt also, dass sich alle als Gleichberechtigte in bestimmter Hinsicht begreifen und einer Verteilung als Freie und Gleiche zustimmen können (ebd.). Dabei gibt es weniger relationale Kriterien wie das Stillen von Hunger und stärker relationale Kriterien wie gesellschaftliches Ansehen. Es gibt aber „keine ›absoluten‹ Bestimmungen von moralischen Rechten und Pflichten“ (ebd.). Daher müssen die Ansprüche anderer sowie die in einem Gesellschaftssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen immer in Betracht gezogen werden (ebd., S. 187). Eine Gesellschaft scheint Gleichheit in gewisser Weise als Legitimation für das eigene System zu benötigen, auch wenn die Kriterien und die Reichweite von Gleichheit für eine gerechte Verteilung nicht leicht zu bestimmen sind. Die pluralistische Gesellschaft als Gemeinschaft von Individuen mit eigenen Voraussetzungen, Wünschen und Bewertungen stellt mithin eine große Herausforderung für die Entwicklung von Gleichheitskonzepten dar. Gleichheit gilt als ein komplexes und höchst kontrovers diskutiertes soziales Ideal unserer heutigen Gesellschaft (Gosepath 2011).

Geschlechtergleichheit als Anwendungsfeld von Gleichheit

Während in klassischen philosophischen und politischen Ansätzen die Verteilungsgleichheit im Fokus der Diskussion steht, stellen feministische Theorien die Frage danach „wessen Gleichheit“ mit Blick auf den Aspekt der Geschlechtergleichheit³⁹

³⁹ Es ist kritisch anzumerken, dass einige Vorannahmen für die Akzeptanz des Konzeptes der Geschlechtergleichheit gelten müssen. In diesem Falle wird die bipolare Geschlechterordnung als Grundlage der Überlegungen vorausgesetzt, d.h. Geschlecht wird als eine Kategorie mit nur zwei unterscheidbaren Ausprägungen angesehen. Diese Sichtweise wird von geschlechterkritischen Wissenschaftler*innen zurückgewiesen, da Geschlecht aus mehr Dimensionen als der körperlichen

hergestellt wird in den Mittelpunkt ihrer kritischen Betrachtung. Unter Geschlechtergleichheit wird die Gleichstellung der Geschlechter in rechtlicher und persönlicher Hinsicht verstanden. Die Ethikerin Rosemarie Tong unterscheidet zeitlich linear drei Stadien, in welchen unterschiedliche Konzepte für die Herstellung von Geschlechtergleichheit⁴⁰ entwickelt wurden. Erste Überlegungen verfolgten den Ansatz, dass Frauen männlich konnotierte Fähigkeiten erlernen müssten, um den gleichen gesellschaftlichen und moralischen Status wie Männer erhalten zu können. Dies beinhaltete die Forderung nach Bildung und gleichen Rechten für Frauen wie für Männer. Im zweiten Stadium Mitte des 20. Jahrhunderts entstanden die als Differenz- oder Dominanzansatz bekannten feministischen Denkrichtungen (Tong 2005). Ausgehend von der Annahme, dass männlichen Eigenschaften höhere Wertigkeit als weiblichen Eigenschaften zugesprochen werde, forderten Feminist*innen gleichwertige Achtung und Wertschätzung von traditionell weiblich angesehenen Eigenschaften und Verhaltensweisen. Liberale Feminist*innen verfolgten den Ansatz der Änderung des sozialen Systems mit gleichen Möglichkeiten in Bildung und Beruf für Frauen. Radikale Feministinnen forderten die Neuordnung des Staates. In der klassischen Gerechtigkeits-
theorie von Rawls wird die Familie zwar als konstituierendes Element für Gerechtigkeitsempfinden angesehen, die Ungleichheiten der Geschlechter innerhalb der Familie werden aber nicht thematisiert (Kymlicka 2002, S. 402). In Bezug auf die Geschlechtergleichheit besteht unter Feminist*innen Einigkeit darüber, dass deren Umsetzung sowohl den privaten Bereich von Sexualität und Fortpflanzung als auch den öffentlichen Bereich von Bildung, Arbeit und politischer Partizipation betreffen müsse.

Ein bedeutender Faktor für die soziale Ungleichbehandlung von Mann und Frau, wenn nicht sogar der bedeutendste, ist der geschlechtsspezifische Unterschied in der Fortpflanzung (Tong 2005). In der traditionellen Familie wurden die körperlich erlebten Ereignisse von Schwangerschaft und Geburt als Begründung für eine größere

Gestalt besteht und als Kontinuum mit verschiedenen Ausprägungen existieren kann (z.B. Fausto-Sterling 2000; Voß 2011). Die Verwendung des Begriffs Geschlechtergleichheit hat allerdings in Bezug auf die Forderung einer Änderung der gelebten sozialen Realität ihre Berechtigung, um gesellschaftlich dominierende Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit und die dazugehörigen nicht begründbaren Privilegien oder Benachteiligungen aufzuheben. Zweitens wird das Augenmerk in dieser Arbeit insbesondere in Bezug auf die unterschiedliche moralische Bewertung von der als „männlich“ und „weiblich“ definierten Fortpflanzungsfähigkeit liegen. Diese beiden Gründe veranlassen mich dazu, den Begriff der Geschlechtergleichheit in dieser Arbeit zu verwenden.

⁴⁰ In der englischsprachigen Debatte werden sowohl der Begriff *gender equality* (Tong 2005) als auch der Begriff *sexual equality* (Kymlicka 2002) für den deutschsprachigen Begriff Geschlechtergleichheit verwendet.

Verantwortung der Frau in der Kindererziehung herangezogen (Kymlicka 2002, S. 387). Die Auseinandersetzung mit Rollenbildern der Geschlechter ist Teil der Bearbeitung des Gleichheitsaspektes in Bezug auf Fortpflanzung. Eine gesellschaftliche Analyse der Auswirkungen politischer Regulierungen in Bezug auf die Geschlechtergleichheit in Deutschland ist im Rahmen dieser Auseinandersetzung von Bedeutung:

„Ein kurzer Blick auf die Gleichstellungspolitik und die gleichstellungspolitischen Wirkungen anderer Politikfelder in Deutschland veranschaulicht, dass es häufig inkonsistente Anreizwirkungen gibt: Die Regelungen zu Elterngeld und Elternzeit ermutigen zu schneller Rückkehr in den Job, fehlende Angebote einer qualitativ guten Ganztagsbetreuung legen aber längere Erwerbsunterbrechungen nahe. Einschnitte bei der gesetzlichen Alterssicherung fördern die Orientierung an einer kontinuierlichen Erwerbstätigkeit von Frauen, aber das Ehegattensplitting und die kostenlose Mitversicherung beim erwerbstätigen Ehemann setzen Anreize, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig zu sein. Geschlechterrelevante Politik ist mitnichten an einem klaren gleichstellungspolitischen Leitbild ausgerichtet. Dabei handelt es sich nicht einfach um schlechtes Politik-Management; vielmehr verbergen sich hinter der Inkonsistenz erhebliche Wert- und Interessenkonflikte darüber, wie die Geschlechterverhältnisse ausgestaltet werden sollen“ (Fuchs und Bothfeld 2011, S. 18).

Politische Regulierungen zu Fortpflanzung und Erziehung haben Auswirkungen auf die Geschlechtergleichheit.

Medizinische Möglichkeiten, mit denen Fortpflanzungsentscheidungen beeinflusst werden können, verändern und beeinflussen die Debatte über Gleichheit in der Reproduktion. Hierbei geht es um Methoden, welche eine Schwangerschaft verhindern können wie Kontrazeption, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, sowie Methoden, welche eine Schwangerschaft herbeiführen können wie IVF, Gametenspende oder Leihmutterchaft. Aus feministischer Perspektive wurde die Geburtenkontrolle, also die Möglichkeit trotz sexueller Interaktion eine Schwangerschaft verhindern oder sogar abbrechen zu können, als notwendiger Schritt für die Emanzipation der Frau angesehen (Tong 2005). Für eine staatliche Verankerung des Gleichheitsprinzips in Bezug auf die Geburtenkontrolle sprechen in Deutschland u.a. die Information über schwangerschaftsverhütende Maßnahmen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die grundsätzliche Straffreiheit eines Schwangerschaftsabbruches nach § 218 ff. StGB (1998).

Verfahren der assistierten Fortpflanzung sind für die Betroffenen mit großem technischem und finanziellem Aufwand verbunden. Diesbezüglich geht es auch um Fragen des gleichen Zuganges, somit gleicher Möglichkeit der Inanspruchnahme von Techniken medizinischer Fortpflanzung. Die technische Beeinflussbarkeit zuvor nicht steuerbarer Prozesse der Fortpflanzung, z.B. die Auswahl genetischer Eigenschaften der zu

implantierenden Embryonen, wirft die Frage auf, ob und inwiefern das Verwenden solcher Techniken soziale Gleichheit in der Gesellschaft fördert oder gefährdet.

Die Rechtswissenschaftlerin Mary Crossley weist auf einen weiteren Aspekt von Gleichheit in der Fortpflanzung hin. Um nicht den Fehler zu begehen, aus der körperlichen Ungleichheit zwischen Frau und Mann eine Ungleichbehandlung abzuleiten, sei ein geschlechterneutraler Ansatz in einigen Situationen erforderlich. Bei Entscheidungen in Erziehungsfragen sei es unabdingbar, einen geschlechterneutralen Ansatz zu verfolgen. Die biologische Ungleichheit, welche durch Schwangerschaft und Stillen des Kindes durch nur einen Partner entstünde, dürfe nicht in eine Ungleichbehandlung der Partner münden. Der geschlechterneutrale Ansatz sei allerdings kein Garant für eine geschlechtergerechte Bewertung. Eine geschlechtergerechte Bewertung sei vor allem in Konfliktsituationen bei der Verwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren schwierig. Ein Beispiel dafür sei die Situation, wenn ein Paar in beiderseitiger Zustimmung durch ART einen Embryo entstehen und einfrieren lasse, danach allerdings auf Grund einer Beendigung der Beziehung Uneinigkeit über das weitere Handeln bestehe. Würden Mann und Frau unter Bezugnahme auf das Argument der Gleichheit geschlechterneutral gleich gewichtete Rechte für die Zustimmung oder Ablehnung einer Implantation des Embryos in den Uterus der Frau zukommen, ignoriere das den Fakt der körperlichen Ungleichheit in mehrerer Hinsicht. Erstens würde die Frau durch begrenzte Eizellreserven evtl. geringere Erfolgschancen haben, ein Kind auf anderem Wege zu bekommen, zweitens würde ein komplett gleich gewichtetes Urteil die Tatsache ignorieren, dass sowohl die Eizellgewinnung als auch die Schwangerschaft der Frau größeren körperlichen Stress abverlangten als dem Mann die Gewinnung der Spermien. Zur Schaffung von Geschlechtergleichheit sei deshalb in bestimmten Situationen auch ein geschlechterfokussierter Ansatz geboten. Weder ein in jeder Situation geschlechterneutraler noch in jeder Situation geschlechterfokussierter Ansatz führten zu einer fairen Berücksichtigung beider Geschlechter (Crossley 2005, S. 284).

3.3.1.2 Zwischenfazit

Theorien der Verteilungsgerechtigkeit rekurren auf das Prinzip der Gleichheit in unterschiedlicher Form. In egalitaristischen Gerechtigkeitstheorien nimmt Gleichheit eine zentrale Rolle ein. Anti-Egalitarist*innen kritisieren, dass die Forderung nach Gleichheit eigentlich einem allgemeinen Anspruch auf bestimmte Güter und Lebensbedingungen entspreche. Mit dem Ziel, Gleichheit in einem Bereich herzustellen, würden sich Ungleichheiten nur in andere Bereiche verschieben. Dem ist entgegenzusetzen, dass in

einem Gesellschaftssystem Ansprüche und Pflichten immer in Bezug auf andere Personen bestimmt und geltend gemacht werden können. Die Ansprüche anderer und die zur Verfügung stehenden Ressourcen eines Gesellschaftssystems müssen in Betracht gezogen werden. Gleichheit als Formel für „gleichen Respekt und gleiche Rücksicht“ kann als Anforderung an ein System gelten, alle Personen in angemessener Weise zu berücksichtigen.

In der Gerechtigkeitstheorie von John Rawls nimmt Gleichheit eine bedeutende Rolle ein. Rawls setzt den Fokus auf Verfahrensgerechtigkeit, also die Möglichkeit, auf gerechte Art und Weise Verteilungsgrundsätze zu bilden. Hierbei ist der „Schleier des Nichtwissens“ ein Instrument, um in einem hypothetischen Urzustand der Gleichheit, ohne den eigenen gesellschaftlichen Stand oder die eigene persönliche Ausprägung von Geschlecht oder Gesundheitszustand zu kennen, Verteilungsgrundsätze zu entwickeln. Der „Schleier des Nichtwissens“ kann dazu verhelfen, einen Standpunkt der Unparteilichkeit einzunehmen und ohne Vorannahmen Regeln des gemeinsamen Zusammenlebens zu entwerfen.

Dworkin bezieht sich in seinem Entwurf einer egalitären Gerechtigkeitstheorie stärker auf die Entscheidungen einzelner Personen. Er schreibt seiner Gleichheitsforderung zwei Dimensionen zu, die der materialen Gleichheit und die der formalen Gleichheit. Er sieht Ressourcengleichheit, im Sinne von persönlichen Ressourcen wie Gesundheit oder politischer Macht, also Einfluss auf das öffentliche Leben, und sachlichen Ressourcen, also z. B. Geld, als Bedingung dafür, dass Menschen sich gleich begegnen können. Um Gleichheit erreichen zu können, ist aber auch die Dimension der formalen Gleichheit unabdingbar. Die formale Gleichheit bedeutet, dass allen Menschen gleiche Grund- und Freiheitsrechte zukommen. Die formale Gleichheit bedeutet, dass keine Person ohne Begründung in ihren Rechten verletzt oder zu anderen Personen ungleich behandelt werden darf. Ressourcengleichheit und gleiche Achtung der individuellen Rechte widersprechen sich also nicht, sondern zielen auf unterschiedliche Dimensionen von Gleichheit ab, die allerdings gleichermaßen Bestandteil einer Forderung nach Gleichheit sind. In beiden Theorien von Rawls und Dworkin wird die Freiheit als unverzichtbarer Raum angesehen, in dem das Verfolgen persönlicher Interessen unabhängig von staatlichen Vorgaben gesichert sein soll.

Diese beiden Dimensionen von Gleichheit geben keinen Anhalt dafür, ob eine Gleichheitsforderung aus moralischer Hinsicht gerechtfertigt erscheint. Die Bedingungen dafür formuliert Gosepath in seiner Forderung nach moralischer Gleichheit aus. Empirische Unterschiede allein reichen nicht für eine Forderung nach moralischer

Gleichheit. Die empirisch unterscheidbaren Eigenschaften müssen auch in moralischer Hinsicht relevant sein, um basierend auf dem Kriterium der Gleichheit Forderungen daraus abzuleiten. Fortpflanzungsfreiheit ist eine solche moralisch relevante Forderung, da Partner*innenwahl und Familiengründung als Ausdruck eines eigenen Lebenskonzepts einen zentralen Stellenwert für das Selbstverständnis und –bewusstsein jedes Menschen einnehmen. Fortpflanzungsentscheidungen sollten deshalb in einem schützenswerten Raum von Freiheitsrechten getroffen werden können.

Der Geschlechtsunterschied zwischen Frauen und Männern galt lange Zeit als ausreichende Begründung einer Ungleichbehandlung. Sofern Männer und Frauen heute ungleich behandelt werden, wie dies beispielsweise bei der Kindererziehung oder der Vergabe hochrangiger öffentlicher Ämter nicht unüblich ist, bedarf dies einer Rechtfertigung ohne Rekurs auf das Geschlecht. Darüber hinaus jedoch verlangt Gleichheit keineswegs eine absolute Gleichbehandlung von Frauen und Männern, sondern allein gleiche Berücksichtigung der persönlichen Belange mit Blick auf moralisch relevante Aspekte wie die Fortpflanzung.

3.3.1.3 Gleichheit in der bioethischen Debatte zu KOMI

Biologische Gleichheit oder Geschlechtergleichheit?

In der bioethischen Literatur zu KOMI werden genauso wie in der theoretischen Diskussion unterschiedliche Aspekte von Gleichheit angesprochen. Autor*innen nehmen überdies sowohl zustimmende als auch skeptische Haltungen ein, ob Gleichheit möglich oder notwendig sei. Es wird mit Konzepten der Geschlechtergleichheit, also Gleichheit in sozialer Hinsicht, und Konzepten der biologischen Gleichheit argumentiert. Unter 'biologischer Gleichheit' verstehe ich im Folgenden die Forderung danach, die körperlichen Unterschiede in Bezug auf die Fortpflanzung zwischen Frau und Mann auszugleichen. Die Reproduktionsmediziner Gosden und Oktay sprechen zum Beispiel von „biologischer Ungleichheit“⁴¹ aufgrund des frühen Fertilitätsverlustes von Frauen im Vergleich zu Männern:

⁴¹ Gosden und Oktay verwenden den Begriff *equity* anstatt den in der ethischen Debatte geläufigen Begriff der *equality*. *Equity* bezeichnet stärker den Gedanken der Fairness. Hierunter wird eine ungleiche Mittelverteilung je nach Notwendigkeit verstanden, um ein bestimmtes Ziel der Gleichheit zu erlangen. Allerdings beinhaltet der philosophische Begriff der Gleichheit diesen Aspekt (siehe beispielsweise Dworkin 2002, S. 81). Deshalb werde ich den Begriff der *biological inequity* hier als biologische Ungleichheit übersetzen und verwenden.

„It seems unfair that society at large, which creates the economic, educational, and professional conditions that encourages deferred maternity, discourages women from using technology to bypass a biological inequity—the early loss of fecundity“ (Gosden und Oktay 2000).

Der körperliche Unterschied, also der frühe Fertilitätsverlust von Frauen im Vergleich zu Männern, reicht allerdings meines Erachtens nicht als Argument aus, um eine Gleichheitsforderung zu stellen. Dies wird auch durch die Ausführungen von Gosepath zu moralischer Gleichheit deutlich (siehe Kapitel 3.3.1.1). Aus einem Unterschied in einer körperlichen Eigenschaft, beispielsweise der Körpergröße oder hier der Fruchtbarkeitsspanne, kann erst dann eine Gleichheitsforderung erwachsen, wenn dieser eine Benachteiligung in Bezug auf einen moralisch relevanten Aspekt mit sich bringt (Gosepath 2004, S. 133 f.).

Auch die Soziologinnen Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev stellen in Frage, dass Geschlechtergleichheit durch Zulassung und Verwendung von KOMI erreicht werden könne. Sie bezweifeln, dass sich Gleichheit über die Aufhebung biologischer Unterschiede zwischen Mann und Frau erreichen lasse, und halten dieses Vorhaben für einen anachronistischen Ansatz feministischer Theorie (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2011). Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev legen ihrer Argumentation ein Konzept der biologischen Gleichheit zugrunde und kommen folgend zu dem Ergebnis, dass durch KOMI keine Gleichheit im moralischen Sinne erreicht werden könne. Wie bereits oben erwähnt, erwächst aus der Forderung nach körperlicher Gleichheit noch kein moralischer Anspruch, diesem auch nachkommen zu müssen.

Der Aspekt der „biologischen Ungleichheit“ wird auch von den Bioethikern Wybo Dondorp und Guido de Wert aufgegriffen (Dondorp und de Wert 2009). Ihnen geht es bei der Begrifflichkeit der „biologischen Ungleichheit“ nicht nur um die biologischen Unterschiede weiblicher und männlicher Reproduktionsfähigkeit, sondern auch um die unterschiedliche Bewertung der Kryokonservierung von Gameten bei Frauen und Männern. Das Einfrieren von Spermatozyten wird bei medizinischer Indikation durchgeführt, ist aber auch bei sogenannten „lifestyle-bezogenen“ Risiken möglich (ebd.). Männer können z.B. ihre Spermien bei potentiellm Fertilitätsverlust durch Risikosportarten oder arbeitsbedingtem Umgang mit toxischen Substanzen einfrieren lassen. Kryokonservierung von Spermien ist ebenso möglich für einen eventuellen späteren Kinderwunsch nach Vasektomie (Anger et al. 2003). Dondorp und de Wert fragen, worin der Unterschied in der Bewertung zwischen dieser Form des Fertilitätserhalts und der Kryokonservierung von Oozyten liege (Dondorp und de Wert 2009, S. 1780). Hier verwechseln die Autoren meines Erachtens biologische Gleichheit mit Geschlechtergleichheit. Die unterschiedliche Bewertung von Kryokon-

servierung von Spermatozyten auch ohne medizinische Indikation und KOMI lässt in der Tat die Frage aufkommen, aufgrund welcher Argumente die Verfahren unterschiedlich bewertet werden. Dabei handelt es sich um die Frage nach der gleichen Behandlung der Geschlechter, im Sinne von gleicher Berücksichtigung, also um Geschlechtergleichheit. An anderer Stelle im Text verwenden Dondorp und de Wert auch den Begriff der *gender inequality* (ebd.). Wie ich mit Dworkin gezeigt habe, ist die Forderung nach formaler Gleichheit, also nach gleicher Anerkennung und Berücksichtigung eine Dimension von Gleichheit. Hierunter könnte also die Frage fallen, warum Frauen das Einfrieren ihrer Gameten nicht ermöglicht werden soll, wenn es doch bei Männern möglich ist. In der moralischen Bewertung müsste darüber hinaus aber geklärt werden, ob es sich hier um eine moralisch relevante Forderung handelt. Ist dies der Fall, müssten Argumente vorgebracht werden, warum das Einfrieren von Gameten bei Frauen eventuell anders bewertet wird als bei Männern. Ein unterschiedlicher moralischer Bewertungsmaßstab würde gegen das Prinzip der Geschlechtergleichheit verstoßen.

Dondorp und de Wert argumentieren mit dem Argument der biologischen Gleichheit auch in Bezug auf die Möglichkeit, ein biologisch eigenes Kind zu bekommen (ebd.). Der hohe Stellenwert eines biologisch eigenen Kindes, welcher bei Männern etwa durch die Anwendung invasiver Verfahren wie ICSI bei Subfertilität anerkannt wird, könne nicht zugleich bei Frauen mit dem Hinweis auf Alternativlösungen wie Adoption in Frage gestellt werden (ebd.). Auch hier wird meines Erachtens von Dondorp und de Wert eigentlich nicht auf die biologische Gleichheit Bezug genommen. Da sie davon ausgehen, dass Frauen (wie Männer) einen moralischen Anspruch auf ein biologisch eigenes Kind haben, handelt es sich hier ebenfalls um eine Forderung der Geschlechtergleichheit. Inwiefern biologische Elternschaft als zentraler Wert für Menschen gilt, wird individuell unterschiedlich bewertet. Allerdings nehmen Fortpflanzungsentscheidungen, also Entscheidungen über die Frage, ob, mit wem und wann man Kinder bekommen möchte, einen zentralen Stellenwert im Leben von Menschen ein⁴² (Robertson 1994, S. 24). Fortpflanzung wird deshalb ein besonderer moralischer Wert zugesprochen (s. auch Reproduktive Autonomie, Kapitel 3.3.2.5). Dondorp und de Wert liefern hier eine Begründung dafür, warum diese Forderung der Geschlechtergleichheit aus moralischer Sicht relevant ist: aufgrund des moralischen Wertes, der Fortpflanzung schlechthin zugesprochen wird.

⁴² Hieraus kann kein Recht auf ein biologisch eigenes Kind abgeleitet werden. Es geht hier um die Bedeutung von Fortpflanzung in moralischer Hinsicht.

Gleichheit ist bei der Rechtswissenschaftlerin Imogen Goold und dem Bioethiker Julian Savulescu ein Hauptargument in der Befürwortung von KOMI. Auch sie gehen auf die unterschiedlichen Zeitspannen der Fruchtbarkeit bei Frau und Mann ein und erörtern die Frage, warum späte Vaterschaft kaum moralische Bedenken hervorrufe. Sie vermuten die sozial übliche Altersdifferenz zwischen Mann und Frau als Grund für die moralische Akzeptanz später Vaterschaft, da trotz des möglichen Sterbefalles des älteren Partners die Versorgung des Kindes durch die jüngere Mutter gewährleistet sei. Goold und Savulescu weisen darauf hin, dass ab einem bestimmten Lebensalter der zu erwartende Schaden und das zu erwartende Leid für das Kind die positiven Gründe für die Erfüllung des Kinderwunsches überwögen. Allerdings merken sie kritisch an, dass diese Altersgrenze dann für beide Geschlechter gelten müsse, da sich weder die Erziehungscompetenz bei Frauen im Alter schneller verringere als bei Männern, noch Frauen durch eine geringere Lebenserwartung früher aus der Erziehung ausschieden (Goold und Savulescu 2009). Goold und Savulescu beurteilen weiterhin die Beteiligung am Arbeitsmarkt unter Aspekten der Gleichheit. Sie sehen die Geburt eines Kindes als merklichen Karriereeinschnitt für die Frau und stellen heraus, dass zu Zeiten steigender Lebenskosten Frauen selbst die Entscheidung für ihre Karriere treffen können sollten, ohne dabei zwangsläufig den Kinderwunsch aufgeben zu müssen. Sie sprechen von einer Einschränkung in Karrierechancen für Frauen und fordern die Möglichkeit einer vollständigen Teilhabe am Arbeitsmarkt im so genannten reproduktionsfähigen Alter: „The thirties represent a crucial time in the careers of many women, and an interruption to bear children at that point can seriously prejudice a woman’s chance of advancement“ (Goold und Savulescu 2009, S. 50). Allerdings weisen Goold und Savulescu ebenfalls darauf hin, dass die Arbeitsmarktmodelle einem klassischen Rollenverständnis vom Mann als Familienernährer und der Frau als Erzieherin der Kinder entstammten, und fordern, dass die daraus resultierenden Nachteile für Frauen auf dem Arbeitsmarkt beseitigt werden müssten:

„We should pro-actively seek to change this situation to ensure that women have the opportunity to pursue a career as they choose, rather than having to fit into a model designed without them in mind“(ebd.).

KOMI wird von der Autorin und dem Autor als eine „Zweitstrategie“ angesehen, um die Arbeitsmarktsituation für Frauen zu verbessern, allerdings nicht ohne eine gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die ungleiche Situation und die Veränderung dieser sozialen Umstände einzufordern. Da voraussichtlich nur ein geringer Prozentsatz der Frauen KOMI in Anspruch nehmen würde, bestehe keine Gefahr, soziopolitische

Änderungsprozesse zu unterwandern, welche zur Gleichstellung von Frau und Mann führen sollen (ebd.).

Einen weiteren Aspekt des Gleichheitsarguments, den der „zeitlichen Neutralität“, behandeln Goold und Savulescu, ohne explizit auf das Konzept der Gleichheit zu verweisen:

„[W]e also argue that both the timing and the cause of a woman’s inability to have children are not, in and of themselves, morally relevant to whether she should be permitted to freeze her eggs. A fertile woman who freezes her eggs has not at the point of freezing suffered the harm of infertility, but she inevitably will do so, after menopause, if not sooner for medical reasons. According to the principle of temporal neutrality, however, the timing of this harm makes no moral difference [...]. Similarly, the cause of the harm makes no difference – it is morally irrelevant that the cause is menopause, rather than chemotherapy to treat cancer. For the woman, the loss is the same“ (ebd., S. 52).

Hier taucht jenes Element der Gleichheit auf, das Rawls mit dem „Schleier des Nichtwissens“ als Mittel zur neutralen Beurteilung von Situationen verwirklichen will (Rawls 1979, S. 159 ff.), Gosepath bezeichnet einen Standpunkt, der auf diese Weise zustande gekommen ist, als „Gesichtspunkt der *Unparteilichkeit*“ (Hervorhebung des Autors); dieser kann durch den Schleier des Nichtwissens oder durch Rollentausch abgesichert werden (Gosepath 2004, S. 151). Es handelt sich hierbei in Bezug auf KOMI letztlich um die Frage, welchen gesellschaftlichen Stellenwert wir der Möglichkeit, ein biologisch eigenes Kind haben zu können, zusprechen, und welche absoluten Grenzen wir dafür anerkennen wollen. Diese vertragstheoretische Konzeption wird allerdings in Fragen der Fortpflanzung zu einigen Schwierigkeiten führen. Denn über gesellschaftliche Grenzen in Bezug auf Fortpflanzung herrscht keine Einigkeit, noch geben gesellschaftlich etablierte Vorstellungen von Grenzen in Bezug auf Fortpflanzung in jedem Fall einen moralisch vertretbaren Standpunkt wieder. Der Rollentausch ermöglicht eine neutrale Angabe von Gründen, ohne dabei aus der eigenen Position heraus, beispielsweise des Geschlechts, des schon erfüllten Kinderwunschs oder der Tatsache, keinen eigenen Kinderwunsch zu haben, Rückschlüsse zu ziehen. Es ist eine Möglichkeit, um Vorurteile zu überprüfen.

Kritik an Gleichheitsforderungen durch KOMI

Kritische Einschätzungen des Gleichheitsargumentes finden sich bei Karey Harwood und Angel Petropanagos. Die Philosophin Harwood befürchtet eine Unterminierung der notwendigen soziopolitischen Veränderung durch KOMI: „I would like to suggest that egg freezing may leave the hard work of moving society toward greater sexual equality⁴³ untouched.“ (Harwood 2009, S. 46).

KOMI sei, so Harwood, eine technische Lösung für ein soziales Problem, also für die Schwierigkeit, Arbeit und Kinderwunsch zu vereinbaren. Diese Behauptung beruht allerdings auf drei zweifelhaften Prämissen. Erstens setzt sie voraus, das Angebot von KOMI werde zur Folge haben, dass Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie eingeschränkt werden oder unterbleiben. Ein solcher Zusammenhang ist kaum plausibel, insbesondere deshalb nicht, weil eine Gleichheitsforderung gleiche Möglichkeiten für alle Personen beinhaltet, somit auch diejenigen erfasst, welche ihre Kinder in einem früheren Lebensalter zur Welt bringen möchten. Darüber hinaus werden auch Personen, die in einem späteren Lebensabschnitt ein Kind zur Welt bringen, nicht zwangsläufig ihren Beruf verlassen. Die Notwendigkeit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt sich also nach wie vor. Drittens setzt die Behauptung, KOMI sei eine Scheinlösung eines technischen Problems, voraus, dass alle Frauen in einer Gesellschaft, in der echte Gleichberechtigung realisiert wäre, ihre Kinder in jungen Jahren bekommen wollten. Dies ist aber ebenfalls wenig realistisch, denn voraussichtlich werden auch unter solchen optimalen Bedingungen einige Frauen – wie schon jetzt viele Männer – ihren Kinderwunsch auf Zeiten verschieben, in denen sie wichtige Karriereschritte gemacht oder einen geeigneten Partner gefunden haben (Sütterlin und Hoßmann 2007, S. 18).

Harwood argumentiert ferner, dass durch die Verwendung von KOMI neue Situationen der Unterdrückung für andere benachteiligte Gruppen entstehen würden. Finanziell schwächer gestellte Frauen würden z. B. weniger Möglichkeiten finden, der Situation auf dem Arbeitsmarkt und der eigenen Familienplanung zugleich gerecht zu werden (Harwood 2009, S. 46). Tatsächlich ist KOMI ein kostspieliges Verfahren, das z.B. in Deutschland nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Die Argumentation, dass sich in dieser Hinsicht die Ungleichheit innerhalb der Gruppe der Frauen vergrößern könnte, ist insofern überzeugend. Auch die Ethikerin Uta Bittner und der Philosoph Oliver Müller befürchten diese Entwicklung (Bittner und Müller 2010).

⁴³ Der Begriff der *sexual equality* wird im Englischen synonym für *gender equality* verwendet. Harwood bezieht sich hier also ebenfalls auf das Konzept der Geschlechtergleichheit.

Die Frage danach, wie eine Verteilung von Gütern auf gerechte Weise stattfindet, kann man unterteilen in die Fragen danach, welche Güter gerecht verteilt werden sollten und wie der Verteilungsmodus dieser Güter aussehen könnte. Es geht also darum, gerechte Verteilungsgrundsätze zu finden, die eine gleiche Verteilung nachvollziehbar machen und sowohl von Betroffenen als auch von nicht Betroffenen in einem zugehörigen System Akzeptanz finden (Gosepath 2004, S. 151). In einem solidarischen Gesundheitssystem, das sich über die Beiträge von Arbeitgeber- und -nehmer*innen finanziert, gilt es allerdings abzuwägen, welche medizinischen Leistungen für alle Personen bestritten werden sollen. Es bleibt meines Erachtens abzuwarten, inwiefern die Forderung nach der Verwendung von KOMI diesbezüglich diskutiert wird. Als elektives Verfahren, das keinen direkten Bezug zu einer Erkrankung besitzt, ist es allerdings unwahrscheinlich, dass KOMI in Deutschland in den Leistungskatalog aufgenommen wird. Einige ausländische Autor*innen diskutieren zumindest eine Teilfinanzierung (z.B. Hirshfeld-Cytron et al. 2012; Mertes und Pennings 2011).

Die Philosophin Angel Petropanagos argumentiert ebenfalls mit Geschlechtergleichheit (*gender equality*). Da Männer ihre Spermien einfrieren lassen können, solle auch Frauen die Kryokonservierung ihrer Keimzellen ermöglicht werden (Petropanagos 2010, S. 230). Allerdings weist sie ähnlich wie Goold und Savulescu darauf hin, dass patriarchal geprägte Gesellschaftsstrukturen der Grund für ein Verschieben des Kinderwunsches seien (siehe auch Kapitel 3.3.2). Eine von Petropanagos' Kernforderungen ist die Verbesserung staatlicher Familiengesetzgebung und Arbeitgeber*innenpolitik, damit gleiches Lohnniveau, Möglichkeiten der Kinderbetreuung und familienkompatible Arbeitszeitmodelle für Frauen und Männer garantiert werden können (Petropanagos 2010, S. 230). Die Forderung nach formaler Gleichheit im Hinblick auf gleiche Anerkennung und Achtung der Bedürfnisse hebt allerdings laut Dworkin die Forderung nach Gleichheit im Hinblick auf Ressourcen nicht auf. Gleiches Lohnniveau oder flexible Arbeitszeitmodelle sind dazu notwendig, dass sich Menschen als Gleiche begegnen können. Es sind somit zwei unterschiedliche Dimensionen von Gleichheit, die allerdings beide dazu notwendig sind, um Gleichheit zu erreichen. In einem System, in dem Geschlechtergleichheit als Ziel gilt, ist der von Petropanagos gestellten Forderung also unabhängig von dem Faktum, ob und in welchem Ausmaß KOMI angewendet wird, Nachdruck zu verleihen.

3.3.1.4 *Zwischenfazit*

Gleichheit wird in unterschiedlicher Art und Weise argumentativ eingesetzt. Einige Autor*innen verwenden das Argument der biologischen Gleichheit, andere argumentieren mit Gleichheit in sozialer Hinsicht. Doch der biologische Unterschied zwischen Frau und Mann ist in moralischer Hinsicht nicht relevant; moralisch relevant ist die Möglichkeit, sich fortpflanzen zu können, als ein soziales Gut. Das bedeutet: Die Forderung nach moralischer Gleichheit in Hinblick auf die Fortpflanzung ist berechtigt, insofern Menschen der Fortpflanzung einen zentralen Wert im Leben zusprechen. Mit dieser Einschränkung kann Gleichheit also prinzipiell als relevantes Argument zur Rechtfertigung von KOMI gelten.

Die Gleichheitsforderung beinhaltet nach Dworkin sowohl die Dimension der formalen wie auch der materialen Gleichheit. Formale Gleichheit bedeutet in Hinblick auf KOMI gleiche Anerkennung der Forderung von Frauen und Männern, die eigenen Gameten einfrieren lassen zu dürfen. Die Forderung nach materialer Gleichheit richtet sich nach Dworkin auf das Herstellen gleicher Ausgangsbedingungen, damit sich die Menschen gleichermaßen entfalten können. Hierunter fallen die von einigen Autor*innen geforderten Angleichungen des Lohnniveaus zwischen Frauen und Männern oder familienkompatible Arbeitszeitmodelle. Das entspricht einer Forderung nach Geschlechtergleichheit in materialer Hinsicht. Formale und materiale Gleichheit sind beide relevante Dimensionen von Gleichheit. Die befürchtete Vergrößerung der Ungleichheit innerhalb der Gruppe der Frauen kann ein überzeugender Grund sein, die Modalitäten der Verteilung von KOMI, z.B. durch eine Teilfinanzierung, zu überdenken. Solche Modalitäten sind allerdings immer innerhalb eines (staatlichen) Bezugssystems, beispielsweise des Gesundheitswesens, zu entscheiden und zu rechtfertigen.

Da die Gleichheitsforderung im Hinblick auf die Verwendung von KOMI moralisch relevant ist, sind also weitere Gründe notwendig, um KOMI einzuschränken. Solche Gründe könnten eine zu geringe Sicherheit oder Effizienz der Technik, ein Mangel an Autonomie oder die Gefährdung des Kindeswohls sein. Im Folgenden werde ich mich weiteren Argumenten widmen, welche für eine moralische Bewertung relevant sind und Gründe für eine ablehnende Bewertung darstellen können.

3.3.2 *AUTONOMIE*

Autonomie ist ein zentraler Begriff in der Debatte über KOMI. Dabei sind verschiedene Ebenen des Autonomiekonzepts von Bedeutung. Einerseits ist relevant, welche theoretischen Konzeptionen von Autonomie in Bezug auf KOMI diskutiert werden, andererseits spielt der Kontext eine Rolle, in dem KOMI zu bewerten ist. KOMI ist ein reproduktionsmedizinisches Verfahren, das im klinischen Setting durchgeführt wird. Das Konzept der Autonomie wird im medizinischen Kontext und im Kontext von Reproduktion⁴⁴ zu beleuchten sein. Autonomie im Hinblick auf Fortpflanzung kann auch als reproduktive Autonomie bezeichnet werden.

In der bioethischen Diskussion um KOMI setzen die verwendeten Argumente implizit unterschiedliche Konzeptionen individueller Autonomie voraus. Diese werden allerdings nicht direkt benannt. Die Rekonstruktion der verschiedenen Konzeptionen innerhalb der Diskussion ist daher Teil meiner Untersuchung. Explizit Erwähnung finden hingegen des Öfteren die Konzeptionen der relationalen Autonomie bzw. der reproduktiven Autonomie. Letztere sollen im Folgenden ebenfalls kritisch analysiert werden. Autor*innen diskutieren ferner die Bedingungen von Autonomie, welche im klinischen Kontext erfüllt sein müssen. Im Folgenden werde ich daher vorerst einen Überblick über theoretische Konzeptionen von Autonomie geben und mich im Anschluss daran dem Konzept der Autonomie im medizinischen Kontext und im Kontext von Fortpflanzung widmen. Am Ende des Kapitels werde ich darstellen, wie Autonomie in der Debatte über KOMI diskutiert wird.

⁴⁴ Ich verwende in dieser Arbeit die Begriffe Reproduktion und Fortpflanzung synonym.

3.3.2.1 *Der Begriff Autonomie*

Der Begriff der Autonomie lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen. Ursprünglich existierte Autonomie als politische Kategorie und beschrieb die Abgrenzung unabhängiger Städte von anderen Stadtgemeinden (Pohlmann 1971, S. 701). Diese Verwendung des Begriffes änderte sich grundlegend mit der Epoche der Aufklärung. Nun wurde Autonomie als Fähigkeit von Personen begriffen, unabhängig und selbstbestimmt handeln zu können. Selbstbestimmtheit erklärte sich aus den eigenen Handlungsmotiven, ohne Produkt äußeren Zwanges oder von Manipulationen zu sein. Diese Überlegungen finden sich z.B. im deontologischen Autonomiekonzept von Kant⁴⁵ oder im Freiheitsbegriff des von Mill geprägten Utilitarismus⁴⁶. Beide Konzepte spielen auch in aktuellen Debatten noch eine wichtige Rolle. Autonomie gilt als einer der bedeutendsten Begriffe der gegenwärtigen Moralphilosophie und politischen Philosophie. Autonomie kann als ein Zentralbegriff der Moderne angesehen werden, in dessen Verwendung repräsentativ das moderne Freiheitsbewusstsein der heutigen Gesellschaft zum Ausdruck kommt (Bielefeldt 2002).
Zugleich bezweifeln oder kritisieren einige philosophische Strömungen, etwa

⁴⁵ Das Autonomieverständnis von Immanuel Kant lässt sich wie folgt umreißen: Autonomie besitzen Menschen, weil sie als vernunftbegabte Wesen dazu in der Lage sind, sich selbst Gesetze geben zu können (Bielefeldt 2002, S. 306). Autonomie wird als Eigenschaft des Willens verstanden, die Selbstgesetzgebung im Sinne von Handlungsmaximen als allgemeines Gesetz denken zu wollen und zu können (ebd.). Die daraus erwachsenden Handlungen entsprechen dem sittlichen Gesetz und der Moral (ebd.). Es geht also bei Kants Autonomiebegriff viel weniger um die individuelle Selbstverwirklichung der einzelnen Personen als vielmehr um die Fähigkeit, qua Verstand ein universal gültiges moralisches Gut in Form einer Handlungsmaxime finden und bestimmen zu können. In diesem Sinne besitzt der Mensch Verantwortlichkeit für sein Handeln (Holm 2012, S. 230). Diese Form der Autonomie wird moralische Autonomie genannt (Rössler 2011, S. 93). Da der Mensch dazu befähigt ist, sich mithilfe des Verstandes Gesetze geben zu können, also autonom zu sein, kommt ihm Würde zu (ebd.). Der Mensch besitzt einen inneren Wert, welcher sich durch die Würde ausdrückt. Beide Begriffe werden von Kant kategorial verwendet, das heißt dem Menschen kommen als vernunftbegabtem Wesen Autonomie und Würde zu (ebd.). Diese Werte sind weder abstufbar, noch können sie einer Person aberkannt werden.

⁴⁶Obgleich John Stuart Mill das Wort Autonomie selten verwendete, kann ein großer Anteil heutiger Autonomiekonzepte auf ihn zurückgeführt werden (O'Neill 2002, S. 30). Ausgehend von der Überzeugung, dass Menschen unterschiedliche Meinungen, Impulse und Gefühle haben, entwickelte er ein Modell, das die Wichtigkeit der Individualitätsentwicklung und der freien Lebenskonzeption für die Gesellschaft anerkennt (ebd., S.31). Für Mill ist nicht nur die Möglichkeit der freien Entscheidungsfindung von Relevanz, er betont auch, dass der Mensch sich mit bestimmten Wünschen identifizieren müsse, dass er Vorlieben ausbilden möge, um einen individuellen Charakter zu entwickeln (ebd.). Daraus leitet er normative Forderungen ab. Nur durch Individualität und freies Denken könnten in der Gesellschaft sowohl Fortschritt als auch individuelles und soziales Wohlergehen gefördert werden (Holm 2012, S. 230; O'Neill 2002, S. 32). So entwickelt er eine Idee von negativer Freiheit, welche durch ihre positiven Auswirkungen auf die Gesellschaft den Schutz und die Umsetzung von eben dieser Freiheit begründet (ebd.).

Care-Ethiken, Tugendethiken oder einzelne utilitaristische oder kommunitaristische Denkrichtungen, die Schlüsselposition von Autonomie für die Moraltheorie.

Der Versuch, eine allgemeine Definition von Autonomie zu geben, bereitet Schwierigkeiten. Der Philosoph Gerald Dworkin veranschaulicht dies anhand einer Auflistung unterschiedlicher Bedeutungen von Autonomie:

„It is apparent that, [...] ›autonomy‹ is used in an exceedingly broad fashion. It is used sometimes as an equivalent of liberty [...], sometimes as equivalent to self-rule or sovereignty, sometimes as identical with freedom of the will. It is equated with dignity, integrity, individuality, independence, responsibility, and self-knowledge“ (Dworkin 2001, S. 6).

Deshalb sei es unwahrscheinlich, dass diesen unterschiedlichen Begriffen ein einziger Bedeutungskern zugrunde läge (ebd.). Dieser Aussage folgend erscheint es sinnvoller, nicht eine einzelne verbindliche Definition finden zu wollen, sondern Autonomie von anderen Begrifflichkeiten abzugrenzen und im jeweiligen Bezugsrahmen zu beleuchten.

Autonomie ist begrifflich abzugrenzen von Freiheit, obwohl es einige inhaltliche Überschneidungen gibt, insbesondere bei der Unterscheidung von positiver Freiheit und Autonomie. Während Freiheit die Möglichkeit beschreibt, ohne Einschränkungen oder Zwänge handeln zu können, steht bei Autonomie die Authentizität des Wunsches und die Identifizierung mit ihm im Vordergrund (Christman 2009, S. 3). Autonomie kann unterschiedliche begriffliche Deutungen erfahren, was hier an den zwei bedeutendsten Bezugsrahmen für Autonomie, der politischen Philosophie und der Moralphilosophie, deutlich gemacht werden soll. In der politischen Philosophie kann die Autonomie des Menschen als Ausgangspunkt für die Legitimation eines Staates und dessen Gesetzmäßigkeiten angesehen werden. In der Autonomie des Einzelnen begründen sich die moralische und rechtliche Verantwortung des eigenen Handelns. Diese Verantwortung wird als Notwendigkeit für die gleiche Teilhabe und politische Partizipation der Menschen am Staat angesehen (ebd.). Daraus ergibt sich auch die Verpflichtung des Staates mithilfe von Institutionen und der Implementierung von Gesetzen die Autonomie der Menschen zu entwickeln und zu erhalten. Autonomie gilt insofern als wichtiger Bestandteil des liberalen Demokratieverständnisses der westlichen Gesellschaft.

Inhaltliche Bestimmung von Autonomie in der Moralphilosophie

In der Moralphilosophie gilt der Fokus der Autonomie des Einzelnen. Sie wird in diesem Kontext als Selbstgesetzgebung oder Eigengesetzlichkeit verstanden. Diese Form der

Autonomie wird personale oder individuelle Autonomie⁴⁷ genannt. Die Philosophin Beate Rössler beschreibt das allgemeine Verständnis von individueller Autonomie wie folgt:

„Individuelle Autonomie wird allgemein als die Fähigkeit von Personen verstanden, über ihr eigenes Leben bestimmen zu können, ihr eigenes Leben zu führen anhand von Gründen, Überlegungen, Motiven, Wünschen, die ihre eigenen sind und ihnen nicht von anderen – aus persönlichen oder politischen Gründen – aufgezwungen werden“ (Rössler 2011, S. 93).

Erscheint Autonomie in dieser allgemeinen Definition noch als unbestreitbarer Wert, führte die Entwicklung spezifischer Konzeptionen zu Kontroversen. Auch heute werden viele Konzeptionen von Autonomie basierend auf den Überlegungen von Immanuel Kant und John Stuart Mill entwickelt. Moralische Autonomie im Sinne von Immanuel Kant wird heute allerdings eher selten gesondert behandelt (Rössler 2011). Die personenbezogene Autonomie steht im Fokus der Betrachtung. Die *kategoriale* Zuschreibung, welche ebenfalls bei Kant zu finden ist, kann von der *graduellen* Autonomie unterschieden werden (ebd.). Die graduelle Autonomie geht von einer abstufbaren Autonomie aus und wird somit dem Umstand gerecht, dass einige Menschen, z.B. psychisch kranke Menschen oder demenzkranke Personen, obgleich sie vernunftbegabte Wesen sind, im Vergleich zu gesunden erwachsenen Menschen in geringerem Maße für sich selbst entscheiden können. Allerdings können auch gesunde erwachsene Menschen in unterschiedlichem Maße in der Lage sein, Autonomie auszuüben. Deshalb empfiehlt es sich, die Unterscheidung zwischen *Fähigkeit* und *Ideal* vorzunehmen (Miller 1995). Dabei wird einer idealisierten Vorstellung von der rational geprägten individuellen Entscheidung, welche stets unabhängig von externen Einflüssen ist, eine alltagsbezogene Konzeption von Autonomie gegenübergestellt, welche weniger anspruchsvolle Bedingungen stellt und so den größten Teil der erwachsenen, psychisch gesunden Menschen einschließen soll (ebd.). Da mit der Zuschreibung von Autonomie normative Aspekte verbunden sind, etwa die Verantwortung für das eigene Handeln, ist die Frage entscheidend, welche Eigenschaften eine Person besitzen muss, damit ihr Autonomie zugesprochen werden kann (Christman 2009, S. 10 f.). Auch dann, wenn eine Person als autonom gilt, können allerdings bestimmte Entscheidungen autonom getroffen sein, während andere die Bedingungen einer autonom getroffenen Entscheidung nicht erfüllen (siehe weiter unten). Hier sei das Beispiel einer süchtigen Raucherin genannt, welche trotz ihres Wunsches, die Sucht zu überwinden, erneut Zigaretten konsumiert. Selbst wenn ein Mensch *global* gesehen

⁴⁷ Individuelle und personale Autonomie werden synonym verwendet. Eine Diskussion der beiden Begrifflichkeiten wird im Rahmen dieser Arbeit nicht geführt. Bei Autor*innen, welche den Begriff personale Autonomie gebrauchen, werde ich diesen Begriff verwenden. In der englischsprachigen Literatur wird meist der Begriff *individual autonomy* (individuelle Autonomie) genannt. Ich werde den in der jeweils zitierten Literatur gebräuchlichen Begriff verwenden.

autonom ist, kann er dennoch in bestimmten Situationen nicht zu autonomem Handeln befähigt sein. Ist also nur von einer autonomen Handlung in einer bestimmten Situation die Rede, wird diese auch als *lokale* Autonomie bezeichnet (Rössler 2011, S. 94). Welche Bedingungen als entscheidend erachtet werden und wie es gelingen kann, diese Bedingungen so zu erfüllen, dass eine Person oder die Handlung einer Person als autonom gelten kann, ist Gegenstand aktueller Auseinandersetzungen.

Dazu scheint es sinnvoll zu erläutern, welche Fähigkeiten als notwendig erachtet werden, um Autonomie ausüben zu können. Auch hier gibt es verschiedene Ansätze. Laut dem Philosophen Bruce Miller sind es drei Elemente: *Handeln* als Ziel und Ausdruck eigener Wünsche, *Unabhängigkeit* als Ausdruck der Abwesenheit äußerer Manipulation und Kontrolle, damit einhergehend die Möglichkeit verschiedene Optionen erkennen und wahrnehmen zu können, sowie schließlich auch *Rationalität* (Miller 1995, S. 216). Der Philosoph Tom Beauchamp spricht dagegen nur von zwei Elementen: *liberty* und *agency*. *Liberty* meint hier die Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflüssen und *agency* die Fähigkeit, intentional zu handeln (Beauchamp 2008, S. 310). Freiheit von Zwang und Kontrolle sowie eine erkennbare Intentionalität im Handeln können also als minimal notwendige Eigenschaften angesehen werden, damit eine Handlung als autonom gelten kann. Inwiefern Rationalität grundlegender Bestandteil einer Konzeption von Autonomie sein soll, wird kontrovers diskutiert (Christman 2009, S. 8). Wie bereits oben erwähnt, versuchen heutige Autonomiemodelle diese Bedingungen konzeptionell umzusetzen.

Konzeptionen von Autonomie

Bei der Konzeption von lokaler Autonomie werden inhaltsneutrale⁴⁸ von substantiellen Charakterisierungen unterschieden. Inhaltsneutral heißen diese Konzeptionen, wenn sie keine bestimmten Werte, Überzeugungen oder inhaltlichen Bestimmungen voraussetzen (Rössler 2011, S. 94). Sie werden auch als strukturell oder prozedural bezeichnet, weil sie den Prozess der Willensbildung beschreiben. Substantielle Theorien hingegen bewerten auch den Inhalt der Wünsche und Überzeugungen, insofern sind diese Theorien nicht wertneutral (ebd.).

Bei den inhaltsneutralen Modellen ist das auf den Philosophen Harry Frankfurt zurückgehende *hierarchische Modell*, auf das ich mich im Folgenden beziehe, am bekanntesten (Frankfurt 2001, S. 65 ff.). Hier werden Wünsche erster Ordnung mit übergeordneten Wünschen, welche sich auf die Wünsche erster Ordnung beziehen,

⁴⁸ Eine besonders gute Übersicht über die einzelnen Modelle liefert Beate Rössler (Rössler 2011). Ich werde mich hauptsächlich an dieser Einteilung orientieren.

sogenannten Wünschen zweiter Ordnung, in Beziehung gesetzt. Dabei können Wünsche erster Ordnung durch Wünsche zweiter Ordnung bestätigt werden oder nicht. Beispielsweise wird der Wunsch, ein Buch über die spanische Geschichte lesen zu wollen, mit dem übergeordneten Wunsch, mehr über das Land Spanien und dessen Geschichte zu erfahren, zustimmend bewertet. Dagegen kann der übergeordnete Wunsch, nicht mehr rauchen zu wollen, mit dem aktuellen Drang oder Wunsch, eine Zigarette zu rauchen, in Konflikt geraten. Da für die Willensbildung allein eine innere Reflexion der Wünsche vorausgesetzt wird, wird diese Theorie auch als internalistisch bezeichnet. Autonomie und Willensfreiheit fallen bei diesem Ansatz zusammen (Rössler 2011, S. 94). Eine Handlung einer Person kann laut Frankfurt als Ausdruck freien Willens gelten, wenn in dieser Handlung Wünsche handlungswirksam werden können, denen die Person zustimmt. Autonomie bedeutet in diesem Kontext, dass der Wunsch zweiter Ordnung dem Wunsch erster Ordnung entspricht. Die Person identifiziert sich also mit ihrem Wunsch, was sie authentisch werden lässt. Ein Hauptkritikpunkt an dieser Konzeption drückt sich in dem Manipulationsvorwurf aus (ebd.), denn in Frankfurts Theorie ist es völlig unerheblich, wie die Person zu Wünschen erster und zweiter Ordnung gekommen ist. Das macht das System der Autonomie angreifbar durch Manipulationen (ebd.). Solange die Struktur der Willensbildung eingehalten wird, geht Frankfurt davon aus, dass die Person reflektiert und sich mit den Wünschen zweiter Ordnung identifiziert. Eine Handlung einer Person kann auch dann autonom genannt werden, selbst wenn alle Wünsche der Person auf manipulativer Veränderung beruhen (Frankfurt 2001).

Als Antwort auf diese Kritik wurden andere inhaltsneutrale Modelle entwickelt, die den zeitlichen Aspekt der Entstehung von Wünschen in die Konzeption von Autonomie einbezogen⁴⁹. Vertreter*innen dieser Modelle erkennen an, dass die eigenen Wünsche durch Einwirkung von außen verändert werden können (Rössler 2011, S. 94 f.). In diesen sogenannten *historischen Theorien* wird berücksichtigt, dass z.B. andere Meinungen oder die soziale Umgebung Auswirkung auf den eigenen Wunsch haben können (ebd., S. 95). Entscheidend ist, dass die Person dazu in der Lage ist, diese äußeren Einflüsse zu reflektieren und sie zustimmend oder ablehnend in die eigenen Überlegungen zu

⁴⁹ Die inhaltsneutralen Konzeptionen von Autonomie, welche äußere Einflüsse berücksichtigen, werden auch *externalistische Modelle* genannt. In einem externalistischen Modell von Fischer und Ravizza wird der Schwerpunkt z.B. auf die moralische Verantwortung, die aus Handlungen erwächst, gelegt (Fischer und Ravizza 1998, S. 31). Die Theorie der *reason-responsiveness* beinhaltet Selbstkontrolle im Sinne einer Angabe von Gründen für eine bestimmte Handlung inklusive der Option, bei anderen Gründen anders zu handeln (Fischer 1999, S. 128). Inwiefern und ob Autonomie moralische Verantwortung begründet, wird kontrovers diskutiert (Fischer 1999; Steadman 2012; Taylor 2008, S. 18 f.).

integrieren. Die Autonomie der Person wird also nicht nur durch die innere Reflexion der eigenen Wünsche konstituiert, sondern auch durch die Fähigkeit, den Prozess der Wunschentstehung reflektieren zu können. Dies drückt sich durch die Eigenschaft aus, äußere Einflüsse und innere Haltungen (Wünsche) rational erfassen und bewerten zu können (Christman 1991). Hiermit erfährt das hierarchische Modell eine Öffnung hin zu sozialer Interaktion und wechselseitiger Einflussnahme zwischen der Person und der sie umgebenden Umwelt.

Substantielle Theorien halten die Selbstreflexion nicht für ausreichend, um Handlungen als autonom bezeichnen zu können. Damit Handlungen als autonom gelten, sehen Vertreter*innen dieser Positionen weitere inhaltliche Bedingungen für erforderlich an. Die Philosophin Natalie Stoljar gilt als Vertreterin einer *stark substantiellen Autonomiekonzeption*. Stoljar begründet ihre Position für zusätzliche Kriterien damit, dass ansonsten die Einschränkung von Autonomie aufgrund internalisierter Normen nicht erfasst werden könne, selbst wenn alle Bedingungen für prozedurale Autonomie erfüllt seien (Stoljar 2000). Um dieser „feministischen Intuition“ (*feminist intuition*) Ausdruck zu verleihen, welche insbesondere Frauen unterdrückende Verhaltensnormen beinhaltet, benötige man einen substantiellen Ansatz von Autonomie (ebd., S. 95). Nicht nur die Art und Weise der Reflexion über einen Handlungswunsch seien entscheidend, sondern auch der Inhalt des Wunsches. Stoljar erläutert dies am Beispiel einer Studie zum Risikoverhalten von Frauen, die keine Verhütungsmethoden verwenden, obwohl sie kein Kind bekommen möchten (ebd., S. 94 ff.). Die Entscheidung von Frauen, keine Kontrazeptiva zu verwenden, sei dabei aufgrund rationaler Überlegungen getroffen worden. Die Normen allerdings, aufgrund derer die Entscheidung gefällt worden sei, seien falsch oder irrelevant, z.B. die Norm der sexuellen Abstinenz vor der Heirat oder die Tabuisierung geplanter sexueller Kontakte, aber auch die Vorstellung, dass es eine Frau aufwerte, durch Schwangerschaft und Geburt ihre Fruchtbarkeit unter Beweis zu stellen (ebd., S. 99). Die Internalisierung falscher oder irrelevanter Normen führe dazu, dass Autonomie eingeschränkt werde (ebd., S. 108 f.). Stoljar vertritt daher einen *stark* substantiellen Ansatz, mithilfe dessen solche internalisierten Normen, welche der Ausübung von Autonomie entgegenwirken, identifiziert werden können. Diese Konzeption ist nicht ohne Kritik geblieben. Benson nennt drei Hauptargumente gegen einen stark substantiellen Ansatz (Benson 2008). Erstens müsse es möglich sein, auch nach ungerechtfertigten oder irrtümlichen Werturteilen zu handeln, da eine Begrenzung der Handlungsoptionen auf normativer Grundlage Skepsis am Gesamtkonzept der Autonomie hervorbringen müsse (ebd., S. 131). Personen, welche Ziele oder Wünsche außerhalb der durch die jeweilige substantielle Theorie für notwendig gehaltenen Normen verfolgten, würden nicht als autonom

anerkannt. Zweitens würde bei einem stark substantiellen Ansatz die Möglichkeit unterschätzt, auch innerhalb unterdrückender sozialer Verhältnisse autonome Entscheidungen treffen zu können. Die Fähigkeit zu kritischer Reflexion und Distanzierung von dominierenden Normen werde verneint (ebd.). Der dritte Einwand bezieht sich auf die Vermischung von Autonomie und Orthonomie. Orthonomie bezeichnet das Handeln nach richtigen Normen. Das richtige Handeln, welches bereits auf einem Werturteil beruhe, dürfe nicht mit autonomem Handeln verwechselt werden. Ein stark substantieller Ansatz verwende das richtige Handeln als Grundlage für eine Autonomiekonzeption (ebd., S. 132). Daraus entstünde die irrige Annahme, dass Autonomie nur innerhalb des Rahmens von moralisch richtigem Handeln möglich wäre. Darüber hinaus bedeutet die Einschränkung von Frauen durch die sozialen Verhältnisse nicht zwangsläufig, dass eine Entscheidung innerhalb dieser Situation sozialer Einschränkungen nicht autonom sein könne. Noch wichtiger ist der Einwand, dass nicht alle Personen die Normen, welche in einer stark substantiellen Konzeption als falsch oder irrelevant angesehen werden, in gleicher Weise teilen. In der Tat würde dann mit einem stark substantiellen Ansatz die „Selbstgesetzgebung“ als Konzept ins Wanken geraten.

Schwach substantielle Theorien sehen im Gegensatz zu stark substantiellen daher nicht bestimmte Normen, sondern bestimmte Fähigkeiten von Personen für relevant an, um Autonomie ausüben zu können. Insofern legen schwach substantielle Theorien eher Kompetenzen der Personen als Maßstab für die Bewertung autonomer Handlung an, nicht den Inhalt der Wünsche (ebd., S. 133). Die Philosophin Diana T. Meyers vertritt eine schwach substantielle Autonomiekonzeption. Ausgangspunkt für ihre Autonomiekonzeption ist die Kritik an einem übersteigerten vernunftzentrierten Autonomiekonzept in der Tradition Kants (Meyers 2005, S. 27). In ihrem Ansatz beschreibt sie fünf Dimensionen des Selbst: Das Selbst kann einheitlich, sozial, relational, getrennt und verkörpert sein. Diese fünf Dimensionen tragen dazu bei, Fähigkeiten zu entwickeln, die sogenannten *agentic skills*, welche Selbstfindung, Selbstdefinition und Selbst-gerichtetheit ermöglichen (ebd., S. 27-36). Diese Fähigkeiten führten zu Authentizität und Autonomie. Der zentrale Gedanke in Meyers Ansatz ist die Integration verschiedener Akzentuierungen des Selbst, die auch in Spannung geraten können, in ein Autonomie-konzept, ohne sich auf eine Dimension als ausschlaggebendes Kriterium zu beschränken. Die rationale Reflexion gehöre zu den Fähigkeiten, die für die Ausübung von Autonomie nötig sind, nur sei sie nicht in jeder Entscheidung oder Handlung vorherrschend oder allein entscheidend (ebd., S. 47). Dennoch könne die Handlung autonom genannt werden. Ein Autonomiekonzept, das allein auf rationaler Überlegung oder allein auf einem der anderen Aspekte des Selbst basiere, wäre nach Meyers nicht ausreichend, um die Vielschichtigkeit autonomen

menschlichen Handelns und Entscheidens abzubilden. Deliberative Prozesse allein seien nicht konstitutiv für eine autonome Handlung. Auch ein Gefühl, sich für eine bestimmte Handlung zu entscheiden, ohne dieses Gefühl rational durchdringen zu können oder der gefasste Entschluss, die Verantwortung für eine Entscheidung abgeben zu wollen, können Ausdruck einer autonomen Entscheidung sein. Ein allein auf Rationalität fokussierter Ansatz scheint also zu eng gefasst zu sein. (ebd., S. 27). Die Kriterien, welche Meyers als relevant erachtet, sind ein guter Ausgangspunkt für die weitere Auseinandersetzung mit dem Autonomie-Begriff.

Relationale Autonomie

Eine Spielart von Autonomie, welche sich infolge einer Kritik gängiger Autonomiekonzeptionen herausgebildet hat, ist die *relationale Autonomie*. Vertreter*innen relationaler Theorien sehen ebenfalls die Notwendigkeit, die Inhalte üblicher Autonomiekonzeptionen der Moralphilosophie zu überdenken. Gängige Konzeptionen seien häufig auf ein männlich geprägtes Charakterideal, das individualistische und rationalistische Züge aufweist, zurückzuführen. Dadurch würden Standards vorgegeben, welche sich von einem feministischen Standpunkt aus als ethisch problematisch darstellten (Mackenzie und Stoljar 2000, S. 3). Welche strukturellen Unterdrückungen und Abhängigkeiten existieren und wie diese behoben werden können, um autonom handeln zu können, sind selten Gegenstand gängiger Autonomiekonzeptionen. Dieses Ziel ist jedoch eine zentrale Forderung von Feminist*innen (McLeod und Sherwin 2000, S. 259). Mit dem Entwurf der relationalen Autonomie wird versucht, diese feministische Kritik zu integrieren und individuelle Autonomie neu zu fassen (Mackenzie und Stoljar 2000, S. 4). Mackenzie und Stoljar sprechen von relationaler Autonomie als einem Sammelbegriff (*umbrella term*) (ebd.). Relationale Autonomie legt sich also nicht auf eine bestimmte Konzeption von Autonomie fest, sondern fragt danach, ob die derzeit diskutierten Bedingungen ausreichend sind, um im philosophischen Sinne Autonomie ausüben zu können (ebd., S. 21). In diesem Sinne weisen relationale Theorien eher auf einen substantielleren Begriff von Autonomie hin. Wesentlicher Bezugspunkt einer relationalen Auffassung ist die handelnde Person, die immer im sozialen Kontext zu denken sei (ebd.). Soziale Interaktionen prägen das Selbstverständnis und die Identität von Personen. Politische, kulturelle und soziokulturelle Einflüsse können Autonomie ermöglichen oder einschränken. Diesen Einfluss gilt es zu analysieren und in einem Autonomiekonzept zu berücksichtigen. Fokus der Betrachtung ist einerseits die Frage, wie Gesellschaft und soziale Beziehungen die Fähigkeiten zu autonomen Handlungen ermöglichen oder einschränken (ebd., S. 22). Hierbei werden insbesondere das Selbstbild und Eigenschaften

wie Selbstrespekt und Selbstvertrauen betrachtet. Andererseits analysieren Vertreter*innen eines relationalen Ansatzes Situationen der Unterdrückung durch gesellschaftliche Strukturen oder soziale Beziehungen, da sie in der Lage sind, autonomes Handeln zu erschweren. Carolyn McLeod und Susan Sherwin thematisieren die daraus resultierende Notwendigkeit, gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen, folgendermaßen:

„Insofar as oppression has reduced or undermined an agent’s ability to act autonomously in various contexts, relational autonomy seeks politically aware solutions that endeavour to change social conditions and not just expand the options offered to agents“ (McLeod und Sherwin 2000, S. 260).

Diese politische Lesart von Autonomie ist meines Erachtens sinnvoll, um strukturelle gesellschaftliche Zwänge offenzulegen, welche Personen in ihrem Handeln einschränken. Problematisch scheint mir allerdings die generelle Verknüpfung dieser Zwänge mit der Möglichkeit, individuelle Autonomie auszuüben. Meines Erachtens unterscheidet die Theorie nicht scharf genug die Begriffe von Autonomie und Freiheit. So ist es beispielsweise möglich auch bei eingeschränkter Freiheit Autonomie auszuüben. Generell besteht die Gefahr, den Begriff der relationalen Autonomie dafür zu verwenden, Menschen aufgrund sozialer Zwänge die Fähigkeit abzusprechen, Autonomie auszuüben, anstatt mit Blick auf die Relationalität von Autonomie soziale Zwänge zu problematisieren.

Mit einer relationalen Sichtweise wird die Dimension der Intersubjektivität in das Autonomiekonzept integriert, und es wird anerkannt, dass zwischenmenschliche Beziehungen sowohl konstitutiv als auch kausal auf Autonomie wirken (Mackenzie und Stoljar 2000, S. 22). Konstitutiv bedeutet in dieser Hinsicht, dass bestimmte Formen zwischenmenschlicher Beziehungen notwendig sind, um selbstbestimmtes Handeln möglich zu machen. Kausal bedeutet, dass die Entwicklung der Fähigkeit zu autonomem Handeln von der Gesellschaft ermöglicht oder verhindert werden kann.

Der Philosoph Joel Anderson attestiert der Diskussion um relationale Autonomie ein „beträchtliches Maß an Unübersichtlichkeit“ (Anderson 2013, S. 61)⁵⁰. Unübersichtlich wird die Diskussion über relationale Autonomie unter anderem deshalb, weil Autonomie zwar unter dem Aspekt der Relationalität beleuchtet wird, allerdings damit noch kein Hinweis auf die Verwendung einer bestimmten Autonomiekonzeption abzuleiten ist. Uneindeutig ist die relationale Sichtweise auch deshalb, weil sie sowohl auf

⁵⁰Anderson bezieht sich hauptsächlich auf die Diskussion dieses Begriffs unter Liberalen und Relationist*innen. Hierauf werde ich im Folgenden nicht eingehen, sondern mich auf die konzeptuellen Schwierigkeiten beziehen, welche aus einer Anwendung des Konzepts der relationalen Autonomie resultieren können.

interindividuelle Beziehungen als auch auf gesellschaftliche Prozesse angewendet werden kann. Dies führt zu Unklarheit darüber, was eigentlich Gegenstand der Kritik ist. Geht es um eine konzeptuelle Änderung des Autonomieprinzips oder um eine gesellschaftliche Änderung? Letztere ließe sich besser mit einer Gerechtigkeits- oder Gleichheitsforderung ausdrücken.

Der Medizinethiker Johann S. Ach und die Medizinethikerin Bettina Schöne-Seifert weisen darauf hin, dass relationale Autonomie viele „Lesarten“ mit völlig unterschiedlichen normativen Ergebnissen erlaubt (Ach und Schöne-Seifert 2013, S. 43). Ich möchte im Folgenden auf zwei Lesarten näher eingehen, welche im Kontext von KOMI relevant sind (ebd., S. 51 ff.). Die erste Lesart betrifft die Frage nach der sozialen Kontrolle bei der Ausübung von Autonomie. Ach und Schöne-Seifert weisen darauf hin, dass es schwierig ist zu unterscheiden, wann aus einer sozialen Einflussnahme sozialer Zwang wird. Diese Schwierigkeit der Grenzziehung wird ohnehin auch in klassischen Autonomiekonzeptionen berücksichtigt (ebd., S. 52). Sie verweisen somit auf ein Problem der Umsetzung von Autonomie, nicht auf die Notwendigkeit einer Änderung der Autonomiekonzeption. Eine zweite Lesart betrifft die Kritik an repressiven Sozialstrukturen, also die Annahme, dass „autonome Entscheidungen nur bei Vorliegen bestimmter, inhaltlich ausgezeichneter sozialer Umstände möglich sind“ (ebd., S. 54). Auch hierbei gelte es zu unterscheiden, ob es sich um Autonomie bedingende oder Autonomie beeinflussende Kriterien handelt. Geht es um Autonomie bedingende Kriterien, so wird damit rückwirkend auf das Autonomiekonzept diese Bedingung für notwendig erachtet, um Autonomie ausüben zu können. Dies trifft z.B. auf die Freiheit von Zwang zu (s.o.). Werte wie vollständige Unterordnung oder die Aufgabe von Unabhängigkeit, deren Befolgung in bestimmten kulturellen Kontexten verlangt werden, könnten im Gegensatz dazu, autonomes Handeln unmöglich machen (Oshana 2006, S. 60). Ach und Schöne-Seifert merken dazu allerdings an, dass ein solches Verständnis von relationaler Autonomie dem Paternalismus Vorschub leisten könne (Ach und Schöne-Seifert 2013, S. 55), denn „[z]umindest theoretisch muss man [...] mit der Möglichkeit rechnen, dass die betreffende Person mit dem sozialen Kontext, in dem sie ihre Entscheidungen trifft, durchaus einverstanden ist“ (ebd.). Bei dieser Auffassung von relationaler Autonomie könne die Gefahr bestehen, Personengruppen pauschal die Fähigkeit zu Autonomie abzuerkennen.

In der Diskussion um relationale Autonomie kommen verschiedene Aspekte von Autonomie zur Sprache: personale Autonomie bedingende Kriterien, personale Autonomie einschränkende Kriterien und gesellschaftlich-strukturelle Hindernisse bei der Ausübung

von Autonomie. Bei der Verwendung einer relationalen Perspektive ist es daher notwendig zu unterscheiden, ob sich diese grundsätzlich darauf bezieht, Kriterien zur Ausübung personaler Autonomie zu diskutieren, oder ob sie sich auf die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen bezieht, welche eine bessere Ausübung von Autonomie ermöglichen könnte, beispielsweise durch eine Gleichstellung von Frau und Mann. Geschieht diese Differenzierung nicht, besteht die Gefahr mit dem Hinweis auf relationale Autonomie bestimmten strukturell benachteiligten Gruppen kollektiv die Fähigkeit zur Autonomie abzusprechen. Eine relationale Perspektive kann jedoch mit ausreichender Differenzierung auch konstruktiv auf eine Konzeption von Autonomie rückwirken. Beispielsweise kann der Schwerpunkt auf die Notwendigkeit gelegt werden, bestimmte Fähigkeiten zum autonomen Handeln wie Selbstvertrauen und Selbstgerichtetheit durch menschliche Beziehungen zu erlangen (Meyers 2005). Mit einer solchen Konzeption aus relationaler Perspektive könnte dann ein schwach substantieller Ansatz von Autonomie begründet werden.

3.3.2.2 *Zwischenfazit*

Mit Autonomie ist in der Moralphilosophie meist die individuelle Autonomie gemeint, also die Selbstbestimmung von Individuen. Es handelt sich um einen Begriff, der graduell abstufbar ist und sowohl global als auch lokal gelten kann. In moralphilosophischen Theorien werden insbesondere Intentionalität sowie Freiheit von Zwang oder Kontrolle als Eigenschaften einer autonomen Handlung angesehen. Die verschiedenen Theorien der Autonomie können auch als Theorien der Willensbildung aufgefasst werden. Inhaltlich setzen sich Philosoph*innen dabei mit den Fragen auseinander, wann eine Handlung als autonom zu bewerten ist und welche Bedingungen dafür erfüllt sein müssen. Mithilfe von inhaltsneutralen Theorien können gute Ansätze dafür gefunden werden, wann eine einzelne Handlung oder Entscheidung als autonom oder nicht autonom einzustufen ist. Mit ihnen kann allerdings nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden, ob eine Handlung aufgrund von vorangegangener Manipulation erfolgt ist. Anspruchsvollere Konzeptionen von Autonomie sehen weitere Bedingungen als notwendig an, damit eine Handlung als autonom eingestuft werden kann. Vertreter*innen schwach substantieller Konzeptionen halten bestimmte Eigenschaften der Person wie Selbstvertrauen für notwendig, um autonom handeln zu können. In welchem Maß diese Fähigkeiten oder Eigenschaften ausgeprägt sein müssen, bleibt unklar. Stark substantielle Konzeptionen von Autonomie halten bestimmte Werte für unvereinbar mit der Ausübung von Autonomie. Allerdings wurde zu Recht kritisiert, dass eine derartige Konzeption von Autonomie das Konzept der Autonomie im Ganzen in Frage stelle (Benson 2008).

Relationale Autonomie ist am ehesten als eine Sichtweise auf Autonomie zu verstehen. Aus dieser Sichtweise können konzeptuelle Rückwirkungen auf bereits bestehende Autonomiekonzeptionen folgen. Mit dem Verweis auf relationale Autonomie können jedoch nicht ohne weiteres bestimmte autonome Handlungen grundsätzlich in Zweifel gezogen werden.

3.3.2.3 *Autonomie im medizinischen Kontext*

Mit der Entwicklung der Bioethik in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts erhielt Autonomie einen großen Stellenwert für die Medizin. Sie kann heute als zentraler Bezugspunkt medizinethischer Diskussionen angesehen werden.

Beauchamp und Childress haben mit ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics* ein intensiv rezipiertes Werk veröffentlicht, in dem sie Autonomie als eines von vier ethischen Prinzipien neben Wohlergehen, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit nennen (Beauchamp und Childress 2009). Im medizinischen Kontext wird die Einschränkung der Patient*innenautonomie meist mit dem Verweis auf den Schaden der eigenen oder anderer Personen begründet (Wiesemann et al. 2005, S. 18). Was die Patient*innenautonomie ausmacht und welche speziellen Probleme mit ihr einhergehen, soll Gegenstand des folgenden Abschnitts sein.

Autonomie im medizinischen Kontext zu diskutieren bedeutet zunächst, sich die Besonderheiten des medizinischen Settings vor Augen zu führen. Medizinisches Personal sowie Akteur*innen medizinischer Institutionen und Patient*innen treten miteinander über die Behandlung in Kontakt. ‚Patient*in‘ beschreibt in diesem Kontext eine Person, welche aufgrund subjektiven Leidens Hilfe sucht. Patient*innen sind auf ärztliche Hilfe angewiesen. Solche Patient*innen werden eine Neigung haben, sich konform zu den ärztlichen Anweisungen zu verhalten; ihre Wünsche können unter Umständen sogar manipuliert werden (Schöne-Seifert 2005, S. 710). Die Betonung der Patient*innenautonomie im klinischen Alltag soll dem entgegenwirken. Zustimmung zu oder Ablehnung von diagnostischen oder therapeutischen Handlungen werden als Ausdruck der „individuellen Entscheidungshoheit“ des oder der Patient*in über persönliche Angelegenheiten verstanden (Schöne-Seifert 2007, S. 40).

Bedingungen für die situationsbezogene Bewertung von Autonomie

Wie kann diese „individuelle Entscheidungshoheit“ gewährleistet werden? Bei der moralphilosophischen Konzeption von Autonomie müssen die Besonderheit des klinischen Settings berücksichtigt werden, um ein Konzept alltagstauglicher Patient*innenautonomie zu entwickeln. Im Unterschied zur moralphilosophischen Frage nach den Bedingungen personaler Autonomie geht es im medizinischen Kontext zumeist um die Frage nach den situativen Bedingungen autonomer Handlungen (Faden et al. 1986, S. 8). Die Besonderheit liegt also darin, dass Autonomie situationsbezogen überprüft werden muss. Eine im Alltag entscheidungskompetente Person kann in Bezug auf eine medizinische Intervention eine nicht autonome Entscheidung treffen. Wie auch in der moralphilosophischen Debatte werden in der Medizinethik die notwendigen Bedingungen für situative Autonomie kontrovers diskutiert (O'Neill 2002, S. 23). Allerdings finden die von Faden und Beauchamp ausgearbeiteten Bedingungen von Autonomie ‚Intentionalität‘, ‚Verständnis‘ und ‚Freiheit von Zwang und Manipulation‘ im medizinethischen Kontext heutzutage weitestgehend als Standard Akzeptanz (Schöne-Seifert 2007, S. 43; Faden et al. 1986, S. 241 ff.). Werden die erforderlichen Bedingungen erfüllt und eine Entscheidung von der Patient*in getroffen, spricht man von einer informierten Einwilligung (*informed consent*)⁵¹.

Intentionalität beschreibt das willentliche Handeln nach einem bestimmten Plan (Faden et al. 1986, S. 243). Beauchamp und Childress grenzen hierbei den Willen zu handeln von dem Wunsch zu handeln ab, um im Vergleich zu anderen Autor*innen einen weiter gefassten Begriff von Intentionalität zu konzipieren. Denn manche Handlungen im Kontext der Medizin sind zwar nicht im eigentlichen Sinn gewollt, werden aber beim Handeln in Kauf genommen, z.B. eine Narbe nach einer Operation. Verständnis ist ein wichtiger Bestandteil der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. So kann eine Patient*in nur autonom handeln, wenn sie auch versteht, was die Handlung beinhaltet, die sie selbst ausführen soll oder die durch medizinisches Personal ausgeführt werden soll. Nötig ist dafür die

⁵¹ Mit der zweifelsohne notwendigen Formalisierung von „informierter Einwilligung“ entsteht allerdings eine Reihe von Problemen. O'Neill weist darauf hin, dass die Wahrung der Patient*innenautonomie häufig mit der Wahrung der informierten Einwilligung gleichgesetzt werde. Dies führe zu einem stark reduzierten Begriff von Patient*innenautonomie. Das Bild eines oder einer autonomen Patient*in bedeute über die situationsbezogene Handlung hinaus Respekt vor dessen oder deren eigenem Lebensentwurf. Quante verteidigt daher eine umfassendere Konzeption von Autonomie im medizinischen Kontext (Quante 2011). Medizinethische Diskussionen thematisierten selten individuelle Autonomie oder Patient*innenautonomie, sondern fokussierten sich darauf, die Bedingungen der informierten Einwilligung zu diskutieren (O'Neill 2002, S. 37). Als eine weitere Ausnahme ist der Band Patientenautonomie (Wiesemann und Simon 2013) zu nennen, in welchem umfangreich Konzepte von Patient*innenautonomie diskutiert werden.

Beschreibung der Handlung und die daraus folgenden Konsequenzen (ebd., S. 248). Faden und Beauchamp weisen auf die Schwierigkeit hin, festzulegen, was unter „ausreichendem Begreifen“ (*adequate apprehension*, S. 252) zu verstehen ist. Bei der dritten Bedingung für Autonomie, der Freiheit von Zwang und Manipulation, heben Faden und Beauchamp hervor, dass auf eine Entscheidung Einfluss zu nehmen noch nicht gleichzusetzen sei mit Kontrolle oder Zwang (ebd., S. 251):

„Thus a person can be *influenced* without in any way being *controlled* by the influence agent, because the person acts on the basis of what he or she wills rather than on the basis of subjection to the influence agent’s will and ends“ (ebd., S. 258, Hervorhebung der Autorin und des Autors).

Dennoch ist festzuhalten, dass der Übergang von Überzeugung zu Manipulation oder Zwang fließend sind (ebd.). Die asymmetrische Beziehungsstruktur zwischen Ärzt*in und Patient*in erschwert dabei die Abgrenzung des einen vom anderen.

Im rechtlichen Verständnis erwachsen aus den eben skizzierten Bedingungen für Autonomie eine Pflicht zu einer der Patient*in und der Situation angemessene Aufklärung durch die Ärzt*in und ein Recht auf Entscheidung durch den oder die Patient*in (Parzeller et al. 2007)⁵². Schöne-Seifert macht jedoch darauf aufmerksam, dass Patient*innenautonomie nicht mit einem Anspruch auf die Durchführung oder Bezahlung von medizinischen Maßnahmen gleichgesetzt werden kann (Schöne-Seifert 2007, S. 41). Patient*innenautonomie bedeutet also von Seiten der Patient*in nicht, einen Anspruch auf die Durchführung medizinischer Leistungen stellen zu können. Ebenso wenig kann ärztlicherseits mit dem Verweis darauf, formale Kriterien der Patient*innenautonomie eingehalten zu haben, gerechtfertigt werden, sich paternalistisch in die Entscheidungsfindung der Patient*in einzumischen.

Authentizität als Bedingung für Autonomie im klinischen Setting

Autor*innen wie Beauchamp und Childress oder Faden halten die eben skizzierten Bedingungen lokaler Autonomie für ausreichend, um Autonomie im klinischen Setting zu gewährleisten. Andere Autor*innen widersprechen dieser Ansicht und erachten ein Konzept von globaler (personaler) Autonomie für notwendig. Einige Autor*innen folgen dem Ansatz von Frankfurt (siehe inhaltsneutrale Theorien von Autonomie) und sehen Authentizität als eine wichtige Bedingung für Autonomie im medizinischen Kontext an. Ein

⁵² Die Auseinandersetzung mit Patient*innenverfügung, Vorsorgevollmacht und Festlegung einer Begutachter*in als Mittel der Wahrung von Autonomie ist bedeutend und notwendig für den klinischen Alltag. Ich werde im Rahmen dieser Dissertation nicht darauf eingehen, da es sich im Kontext von KOMI um Personen handelt, die generell bei ihrer Entscheidung als einwilligungsfähig angesehen werden können.

Vertreter dieser Auffassung ist der Philosoph Michael Quante. Er erklärt hierzu, „dass unser Autonomieverständnis auf das Konzept der Persönlichkeit als biografische Identität einer Person angewiesen ist“ (Quante 2002, S. 175). Somit seien Kohärenz und die Fähigkeit zu reflexiver Identifikation notwendige Bedingungen für personale Autonomie (ebd., S. 178). Auch im medizinischen Kontext soll eine situationsbezogene Handlung mit der allgemeinen Persönlichkeitsstruktur aus Werten und Wünschen in Einklang stehen, um als autonom gelten zu können. Allerdings ist dagegen einzuwenden, dass eine Person auch entgegen ihrer Wertvorstellungen entscheiden kann. Schöne-Seifert geht in diesem Kontext auf die Schwierigkeit ein zu akzeptieren, dass einsichtsfähige, verstehende Patient*innen dennoch Entscheidungen fällen können, die im schwachen Sinne irrational erscheinen (Schöne-Seifert 2005, S. 710). Es scheint sinnvoll zu sein, über Authentizität zu diskutieren, um beispielsweise Wesensveränderungen durch Einfluss von Drogen oder durch psychische Erkrankungen erfassen zu können. In Grenzfällen kann Authentizität geeignet sein, um Autonomie feststellen zu können. So kann beispielsweise bei einem Autonomieverzicht aus religiösen Motiven, z. B. wenn ein Mönch lebenslangen Gehorsam gelobt, versucht werden, die Kohärenz der aktuellen Aussage mit früheren Aussagen zu vergleichen (Quante 2002, S. 188 ff.). Ebenso kann das Authentizitätsmerkmal einen wichtigen Beitrag zur Einschätzung personaler Autonomie bei eingeschränkten Fähigkeiten leisten, etwa bei Demenz oder psychischen Erkrankungen. Angehörige können befragt werden und dadurch Rückschlüsse auf die aktuelle Handlungsentscheidung ermöglichen. Authentizität scheint allerdings keine notwendige Bedingung für Autonomie zu sein⁵³. Im medizinischen Kontext ist es dem medizinischen Personal in der Regel nicht möglich, die Authentizität einer Entscheidung zu überprüfen. Authentizität scheint für globale Konzeptionen von Autonomie notwendig zu sein, etwa um zu zeigen, dass sich jemand mit bestimmten Werten oder Wünschen identifiziert, aus denen ein selbstbestimmtes Handeln erwächst (Hyun 2001, S. 207 f.). Wer eine Einzelentscheidung als authentisch oder nicht authentisch bewerten will, läuft im klinischen Alltag Gefahr, sich auf Spekulationen über die vermeintlich wahre Persönlichkeit des Entscheidenden zu berufen. Authentizität scheint darüber hinaus insbesondere in kritischen medizinischen Situationen eine unrealistische Forderung an eine Person zu sein, deren Alltag sich im Zweifelsfalle durch Krankheit und Leid vollständig verändern wird.

⁵³ Die Diskussion darüber wird kontrovers geführt (Varga und Guignon 2014).

3.3.2.4 Zwischenfazit

Autonomie wird im medizinischen Kontext viel häufiger einer situativen Bewertung unterzogen als im philosophischen Kontext. Es geht oft um die Einschätzung lokaler Autonomie. Dafür sind die Bedingungen ‚Intentionalität‘, ‚Freiheit von Zwang und Manipulation‘ sowie ‚Informationsverständnis‘ weithin in der medizinischen Ethik akzeptiert. Der Überprüfung dieser Bedingungen und der Absicherung des Respekts vor der autonomen Entscheidung der Patient*innen wird in der informierten Zustimmung (*informed consent*) Ausdruck verliehen. Sich allein auf die informierte Zustimmung zu stützen kann mit der Gefahr einhergehen, dass der jeweilige Lebensentwurf der Patient*in als Grundlage einer authentischen Entscheidung im medizinischen Behandlungskontext zu wenig Berücksichtigung findet. Die Bedingung der Authentizität, der Übereinstimmung der aktuellen Wünsche mit dem eigenen Selbst, kann im medizinischen Kontext konstruktiv auf personale Autonomie verweisen, nicht aber als notwendige Bedingung für lokale Autonomie gelten.

Fortpflanzungsentscheidungen einer oder mehrerer Personen scheinen durch das Prinzip der Autonomie allein nicht ausreichend abgebildet zu werden. Geht es doch um persönliche Lebensentscheidungen von Personen, gleich ob erkrankt oder gesund, die eine eventuelle Existenz oder Nichtexistenz weiterer Personen, nämlich zukünftiger Kinder, beinhalten. Diese Form der Entscheidungsfreiheit kann als Prinzip der reproduktiven Autonomie beschrieben werden.

3.3.2.5 *Reproduktive Autonomie*

Die Freiheit, in Bezug auf Fragen der Fortpflanzung eigene Entscheidungen treffen zu können, wird reproduktive Autonomie genannt⁵⁴. Onora O’Neill sieht in der Entwicklung des Konzeptes der reproduktiven Autonomie eine Konsequenz der zunehmenden gesellschaftlichen Bedeutung der Autonomie im 20. Jahrhundert (O’Neill 2002, S. 50). Grundsätzlich lässt sich feststellen, „dass sich im Konzept der reproduktiven Autonomie ein grundlegender moralischer Wert kondensiert, der Schutz verdient“ (Beier und Wiesemann 2013, S. 205). Allerdings zeichnet sich der Bezug auf Autonomie in der Fortpflanzung in mehrerer Hinsicht als besondere Herausforderung für ethische Analysen aus. Was sind die besonderen Anforderungen an ein Prinzip der reproduktiven Autonomie? Wie weit reicht reproduktive Autonomie? Wie kann das Konzept der reproduktiven Autonomie strukturiert werden? Welche Umstände machen die Komplexität und Vielschichtigkeit reproduktiver Autonomie aus? Ich widme mich diesen Fragen im Folgenden.

Die Besonderheit von Entscheidungen in Bezug auf Fortpflanzung

Die Komplexität des Konzeptes der reproduktiven Autonomie lässt sich anhand einiger für die Reproduktion spezifischer Eigenschaften verdeutlichen. Fortpflanzung umfasst Entscheidungen, welche im höchsten Maße die Intimsphäre von Personen konstituieren. So gelten z.B. Partnerwahl und Familiengründung als Ausdruck eigener Lebenspläne und -konzepte. Durch die Geburt eines Kindes entstehen lebenslange Beziehungen, was die Tragweite von Fortpflanzungsentscheidungen unterstreicht. Das Kind seinerseits besitzt in den ersten Jahren keine oder nur sehr begrenzte Möglichkeit, autonome Entscheidungen treffen zu können. Der Personenkreis der Menschen, die Entscheidungen treffen, rangiert von einer einzigen Person, die sich entscheidet, sich nicht fortzupflanzen zu wollen, bis zu drei oder mehr an der Fortpflanzung beteiligten Personen, etwa bei der Leihmutterchaft. Hinzu kommt das medizinische Fachpersonal für die Durchführung technisch assistierter Fortpflanzung. Die Reproduktionsmedizin kann stark am traditionellen Selbstverständnis von Familie und Elternschaft rütteln. (Beier und Wiesemann 2013, S. 210). Kulturell tradierte Rollenbilder können Diskussionen prägen und entscheiden.

⁵⁴ Es gibt mehrere Begriffe, welche den Themenkomplex benennen, jeweils mit unterschiedlicher Konnotation, etwa im Englischen: *procreative liberty*, *reproductive freedom*, *reproductive right* oder *reproductive choice*.

Die Vielschichtigkeit fortpflanzungsmedizinischer Fragen spiegelt sich vor allem in der Vielzahl von Reproduktionstechnologien wider, mit deren Hilfe Fortpflanzung beeinflusst werden kann. Die Möglichkeit, sich aktiv für oder gegen ein Kind zu entscheiden, kann dabei als „historisch relativ neues Phänomen“ angesehen werden (Stöbel-Richter et al. 2008, S. 39). Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts stellte sich die Frage kaum. Erst mit der Entwicklung verlässlicher Verhütungsmittel (insbesondere die oralen Kontrazeptiva in den 1960er Jahren) konnte eine individuelle Entscheidung für oder gegen ein Kind als Option wahrgenommen und geltend gemacht werden. In den letzten 30 Jahren entwickelte sich, ausgehend von der IVF, eine Vielzahl an technischen Möglichkeiten der Einflussnahme. Dabei geht es häufig um die Behandlung infertiler Paare. Das gesamte technische Spektrum umfasst weniger invasive bis sehr invasive Verfahren⁵⁵. Neue Technologien werden in rasantem Tempo entwickelt und weiterentwickelt. Vormalig unabhängige Bereiche ethischer Analyse können dabei zu einem werden, wie beispielsweise in der Reprogenetik, wo sich Fragen der Reproduktionsmedizin mit Fragen der genetischen Begutachtung und Manipulation verknüpfen und somit Fragen menschlicher Beziehungen und des moralischen Selbstverständnisses von grundlegender Art aufwerfen (Beier und Wiesemann 2010). Diese Vielzahl an technischen Möglichkeiten vergrößert auch den Spielraum, reproduktive Autonomie ausüben zu können. Dabei gibt es verschiedene Ansätze, reproduktive Autonomie systematisch zu erfassen.

⁵⁵ Für eine gute Übersicht siehe (Mastroianni 2004).

Konzeptionen von reproduktiver Autonomie

Häufig wird in der Debatte über reproduktive Autonomie zwischen einem negativen und positiven Recht auf Fortpflanzung unterschieden (Strong 1997). Während das negative Recht, ein Recht auf Nichteinmischung, nachvollziehbar erscheint und sich mit dem auch im Grundrecht verbürgten allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) stützen lässt, ist ein positives Recht, also der Anspruch auf Fortpflanzung, wesentlich schwieriger zu rechtfertigen. Insbesondere lässt sich aus dem Recht auf Fortpflanzung nicht ein Recht auf ein eigenes Kind ableiten (Beier und Wiesemann 2013, S. 218). Im Hinblick auf positive Rechte stehen Fragen der Verfügbarkeit von und des Zugangs zu bestimmten Maßnahmen wie Verhütung, Schwangerschaftsabbruch und anderen reproduktionsmedizinischen Techniken im Vordergrund. Der Rekurs auf rechtliche Fragen, z.B. auf das Persönlichkeitsrecht, geht in der ethischen Diskussion mit der Gefahr einher, moralische Dimensionen der Thematik zu vernachlässigen, wie der Bioethiker Carson Strong kritisiert:

„There is concern that a preoccupation with rights tends to make us overlook other important aspects of moral life. I agree that there are other important concepts in moral discourse, including harms, benefits, responsibilities, virtues, and features of human relationships such as caring and fidelity“ (Strong 1997, S. 23 f.).

Werden Fortpflanzungsentscheidungen aufgeteilt in „den Wunsch, kein Kind zu haben“, und „den Wunsch, ein Kind zu haben“, wird berücksichtigt, dass diese Wünsche unterschiedliche ethische Fragen aufwerfen. Im zweiten Falle spielen hierbei Fragen nach der Bedeutung von biologischer und sozialer Elternschaft oder nach dem Kindeswohl eine Rolle. Wie Autonomie im medizinischen Kontext kann auch reproduktive Autonomie nur kontextspezifisch diskutiert und beurteilt werden.

Mit Blick auf die Möglichkeit genetischer Analyse und Manipulation fügen Beier und Wiesemann der Systematisierung von reproduktiver Autonomie noch eine dritte Option hinzu: den „Wunsch, ein bestimmtes Kind zu haben“ (Beier und Wiesemann 2013, S. 211. f.). Grundsätzlich wird dabei diskutiert, inwiefern durch vorgeburtliche Manipulation und Selektion der moralische Status des Kindes verletzt werde. Da diese Thematik für die Diskussion von KOMI keine Rolle spielt, werde ich hierauf nicht weiter eingehen. Unterschiedliche Auffassungen vom moralischen Status des Embryos und die körperliche Beteiligung der Frau bei der Schwangerschaft spielen eine große Rolle bei der ethischen Bewertung fortpflanzungsmedizinischen Entscheidungen (ebd., S. 206).

Der Geltungsbereich von reproduktiver Autonomie wird von Autor*innen unterschiedlich definiert. Strong und Robertson fassen den Begriff weit. Bei Strong heißt es: „It includes

the freedoms to choose to beget, to gestate and to raise one's genetic or gestational offspring." (Strong 1997, S. 14). Robertson unterscheidet in „freedom to reproduce or not to reproduce in the genetic sense“, und fügt hinzu: „which may also include rearing or not, as intended by the parties“ (Robertson 1994, S. 22 f.). Beier und Wiesemann plädieren hingegen dafür, „den Geltungsbereich des Konzepts nicht über die Gebühr auszuweiten.“ (Beier und Wiesemann 2013, S. 220). Sie heben hervor, dass körperliche Integrität als konstitutiver Bestandteil des Prinzips reproduktiver Autonomie sei. Insofern ergebe es Sinn, dieses Konzept nur auf „den Bereich vorgeburtlicher Entscheidungen zu beschränken“ (ebd.). Um das Konzept in Hinsicht auf seine Leistungsfähigkeit für moralische Beurteilungen nicht zu strapazieren, scheint diese Eingrenzung sinnvoll zu sein.

Kritik und Verteidigung eines Konzepts der reproduktiven Autonomie

Die besondere Herausforderung für ein Konzept reproduktiver Autonomie ist die Integration unterschiedlicher moralischer Ansprüche (Düwell 2008, S. 144). Reproduktive Autonomie verbindet dabei höchst intime Entscheidungen mit institutionalisierten öffentlichen Systemen medizinischer Assistenz. Das Prinzip hat die schwierige Aufgabe, individuellen Entscheidungen im Sinne einer individualethischen Perspektive ebenso Beachtung zu schenken wie der relationalen Konstruktion von Beziehungen und Familien, ohne dabei einseitig Stellung zu beziehen. Angesichts der großen Spannweite moralischer Fragestellungen plädieren Kritiker*innen wie der Philosoph Marcus Düwell dafür, den Begriff zu meiden, um nicht Gefahr zu laufen, die strukturellen Unterschiede der jeweiligen moralischen Fragestellung zu verschleiern (ebd., S. 145). Allerdings könnte mit der Vermeidung des Begriffs Fortpflanzungsentscheidungen der zentrale Stellenwert abgesprochen werden, den diese Entscheidungen im Leben von Personen spielen. Robertson beschreibt die Entscheidung über Fortpflanzungsfragen als zentral für persönliche Identität, Würde und Selbstdeutung (Robertson 1994, S. 24). Die Entscheidung, ein Kind bekommen zu wollen oder nicht, habe Auswirkung auf die psychologische und die soziale Identität. Eine Entscheidung dafür gehe mit körperlicher Belastung einher, in der Schwangerschaft insbesondere mit der körperlichen Belastung der Frau. Weiterhin bedeute die Entscheidung für ein Kind, über einen langen Zeitraum Verantwortung für einen Menschen übernehmen zu wollen (ebd.). Die Rechtswissenschaftlerin Nicolette Priaux spricht in diesem Zusammenhang von *vital interests*, lebensnotwendigen oder lebenswichtigen Entscheidungen (Priaux 2008, S. 200). Diese Entscheidungen gälten als Ausdruck menschlicher Grundbedürfnisse und trügen

entscheidend zu Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein bei, seien somit integraler Bestandteil des Selbstkonzeptes:

„Exploring the value of reproductive autonomy by reference to human needs, I suggest, not only underpins the importance of that value, but also fleshes out ideas as to why protection of one’s physical integrity in the reproductive realm constitutes such an extreme situation, and is particularly commanding of our respect“ (ebd., S. 173).

In dem Begriff der reproduktiven Autonomie drückt sich im besonderen Maße die Sorge um die Integrität des weiblichen Körpers aus. Diese Sorge ist einerseits auf die stärkere körperliche Beteiligung der Frau an der Fortpflanzung zurückzuführen. Andererseits ergibt sich diese Sorge auch aus der historischen Tatsache, dass sich die Identität der Frau noch bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts, geprägt von patriarchalen Gesellschaftsstrukturen, hauptsächlich auf die körperliche Dimension der Fortpflanzung mit Schwangerschaft und Mutterschaft beschränkte (ebd., S. 182). Priaulx weist deshalb explizit darauf hin, dass die personale Identität der Frau mehr umfasse als ihre Rolle der Fortpflanzung. Mit dem Verweis auf die körperliche Integrität und die zentrale identitätsstiftende Bedeutung von Fortpflanzungsentscheidungen begründet Priaulx also einerseits den besonderen Wert der damit verbundenen Entscheidungen und andererseits den besonderen Respekt, der diesen Entscheidungen zukommt, ganz gleich ob es um den Wunsch sich fortpflanzen oder sich nicht fortzupflanzen gehe (ebd., S.173). Dieser Respekt solle immer grundlegender Art sein. Es gehe mit dem Prinzip der reproduktiven Autonomie, so Priaulx, nicht nur um die akute Lösung von Konflikten bei unterschiedlich gerichteten Entscheidungen, sondern um den Versuch, diese Konflikte zukünftig zu vermeiden (ebd., S.195). Aus dem hohen persönlichen Wert der freien Entscheidung in Fortpflanzungsfragen leite sich deshalb eine gesellschaftliche Pflicht ab, mithilfe von sozialen, rechtlichen und technischen Mitteln solche freien Entscheidungen zu ermöglichen (ebd., S. 200).

3.3.2.6 *Zwischenfazit*

Die Forderung nach reproduktiver Autonomie geht generell mit der Schwierigkeit einher, selbstbestimmte Entscheidungen mehrerer Personen untereinander zu gewichten und die verschiedenen körperlichen Bedingungen von Mann und Frau dabei nicht außer Acht zu lassen. Bei Entscheidungen, ein Kind bekommen zu wollen, sind dabei andere ethische Fragen von Relevanz als bei Entscheidungen, kein Kind bekommen zu wollen. Reproduktive Autonomie kann also nur kontextspezifisch, sowohl im Hinblick auf die betreffenden Personen als auch im Hinblick auf die jeweilige Entscheidungssituation, bewertet werden. Aufgrund der Vielfalt der moralischen Fragen, welche in einem Konzept der reproduktiven Autonomie vereint werden müssen, halten einige Bioethiker*innen dieses Konzept für unangemessen. Allerdings kann sich in der Forderung nach reproduktiver Autonomie auch ein grundlegender Respekt vor Fortpflanzungsentscheidungen widerspiegeln. Der Respekt vor der Autonomie in Fortpflanzungsfragen erfordert die Berücksichtigung aller Personen und des entstehenden Kinds, ohne dabei einer Position unbegründet Priorität zuzusprechen.

3.3.2.7 *Autonomie in der bioethischen Debatte zu KOMI*

In der bioethischen Debatte zu KOMI wird Autonomie vor allem in Bezug auf die Frage diskutiert, ob Frauen ihre Entscheidung für KOMI autonom treffen können und wodurch Autonomie bedroht sein könnte. Autor*innen beziehen sich direkt auf reproduktive Autonomie oder relationale Autonomie. Dabei werden implizit bestimmte Konzeptionen von Autonomie zugrunde gelegt. Ich widme mich diesen einzelnen Aspekten in diesem Kapitel.

Reproduktive Autonomie

In der ethischen Auseinandersetzung mit KOMI wird häufig direkt Bezug auf das Konzept der reproduktiven Autonomie genommen. So verweisen Dondorp und de Wert auf den zentralen Stellenwert reproduktiver Freiheit in modernen westlichen Gesellschaften (Dondorp und de Wert 2009, S. 1780). Sie betonen, dass in der europäischen Menschenrechtskonvention das Recht auf eine Familiengründung gesetzlich geschützt ist. Da das Zeitfenster der Fortpflanzungsfähigkeit, in dem Frauen das Recht auf Familiengründung ausüben können, kleiner sei als bei Männern, sei Kryokonservierung

von Oozyten wichtig, weil sie diese Geschlechterungleichheit (*gender inequality*) ausgleichen könne (ebd., S. 1780). Dondorp und de Wert bewerten diese Vergrößerung des Zeitfensters als Zuwachs an Autonomie. Sie verwenden das Argument der reproduktiven Autonomie, um KOMI moralisch zu legitimieren. In einem zweiten Schritt argumentieren sie, dass KOMI zur Herstellung von Geschlechtergleichheit führen kann. Sie verknüpfen das Argument der reproduktiven Autonomie also mit dem der Geschlechtergleichheit.

Karey Harwood nimmt ebenfalls Bezug auf reproduktive Autonomie, indem sie erörtert, inwiefern elektive Fortpflanzungsmethoden als ethisch vertretbar gelten können. Familienplanung, beispielsweise mittels oraler Kontrazeption, finde weite Akzeptanz in industrialisierten Gesellschaften. Harwood stellt eine Analogie zwischen oraler Kontrazeption und KOMI her und argumentiert, dass wir KOMI nicht einfach moralisch verwerfen können, nur weil das Verfahren eine elektive Verwendung von Fortpflanzungstechnologien impliziert. Wir müssten sonst alle Formen der Familienplanung als moralisch inakzeptabel ausweisen (Harwood 2009, S. 44). Sie argumentiert daher, dass KOMI als eine zulässige Form der Ausübung von reproduktiver Autonomie angesehen werden könne:

„Reproductive autonomy includes, at a minimum, the freedom to choose whether and when to reproduce if the medical and technological means exist to effectuate that desire. Because egg freezing may be reasonably interpreted as another form of family planning, it can be considered a legitimate exercise of reproductive autonomy“ (ebd., S. 44).

Diese Argumentation ist meiner Ansicht nach überzeugend in Hinblick auf die Herleitung, dass KOMI als Ausübung reproduktiver Autonomie anerkannt werden kann, sofern die Technik mit akzeptablen Erfolgsraten einhergeht⁵⁶.

Harwood verweist jedoch auf die Grenzen reproduktiver Autonomie, welche in Anlehnung an den Bioethiker John Robertson dann zu ziehen seien, wenn einer anderen Person Schaden zugefügt wird⁵⁷ (ebd., S. 44). Ethisch relevant ist für Harwood dabei die Frage, inwiefern Frauen, die KOMI verwenden, geschadet wird. Ein möglicher schädigender Faktor sei das Wecken falscher Hoffnungen. So werde KOMI von Frauen aufgrund eines ungerechtfertigten Optimismus (*unjustified optimism*) und unzureichenden Wissens als

⁵⁶ Welche Erfolgsraten für klinische Verfahren oder Medikamente im medizinischen Kontext als akzeptabel gelten sollen, um diese anbieten zu können, wird unterschiedlich diskutiert. Meist wird eine Erfolgschance zwischen 1 bis 10% für ausreichend erachtet (Kasman 2004).

⁵⁷ Diese Einschränkung von reproduktiver Autonomie bezieht sich auch auf Schäden anderer Personen, insbesondere auf Schäden des zukünftigen Kindes. Hierauf gehe ich im Kapitel 3.3.4 ausführlich ein.

Versicherung (*insurance*) gegen abnehmende Fruchtbarkeit im höheren Lebensalter angesehen (ebd., S. 45). Mit einem weiteren Verweis auf die Kommerzialisierung der Technik konstatiert Harwood: „It is inaccurate to interpret egg freezing as an unqualified breakthrough for women’s reproductive autonomy for these reasons“, und fragt weiter: „who really benefits?“ (ebd., S. 45). Harwood plädiert dafür, dass bestimmte Rahmenbedingungen entwickelt und eingehalten werden sollten, um reproduktive Autonomie sicherzustellen. Insbesondere fordert sie, dass Frauen ausführlich über die Technik und deren Erfolgsraten aufgeklärt werden sollten. Eine weitere Forderung Harwoods besteht darin, mit Regulierungen die kommerzielle Ausbeutung von Frauen durch KOMI zu verhindern (ebd., S. 46). Gründe, welche die reproduktive Autonomie laut Harwood einschränken, können fehlende Information oder eine falsche Erwartungshaltung an das Verfahren sein. Diese decken sich mit den Bedingungen für Autonomie im Sinne von „Freiheit von Manipulation“ und „Verstehen“ (Faden et al. 1986). Die Kritikpunkte der fehlenden Aufklärung und unverhältnismäßig hohen Erwartung an das Verfahren sprechen meiner Analyse nach also nicht für einen generellen Mangel an Autonomie. Ihnen kann mit einer ausführlichen Aufklärung und gut vergleichbaren Studienergebnissen verschiedener Protokolle von KOMI entgegengewirkt werden. Auch ein verantwortungsvoller Einsatz von Werbematerial kann einen Beitrag dazu leisten (siehe Kapitel 4).

KOMI und relationale Autonomie

Goold und Savulescu gehen auf die Frage ein, inwiefern Kryokonservierung von Oozyten bei gesunden Frauen zu mehr Autonomie führen könne (Goold und Savulescu 2009, S. 50). Diese Frage erörtern sie anhand der Bedingungen, denen Frauen bei der Berufsausbildung und -ausübung begegneten. Die Bedingungen beständen hauptsächlich aus traditionell geprägten Arbeitsverhältnissen, welche auf die Bedürfnisse männlicher Angestellter zugeschnitten seien. Würden diese Arbeitsverhältnisse beibehalten und KOMI als Möglichkeit zur Erfüllung des Kinderwunsches angepriesen, wäre es fragwürdig, dass KOMI mehr Selbstbestimmung der Frau zur Folge habe (ebd.). Mit Bezug auf ein relationales Autonomiekonzept nach McLeod und Sherwin, demzufolge Selbstbestimmung auch als soziopolitisch konstituiert angesehen wird, sehen sie die Veränderung der Arbeitssituation für Frauen als notwendig an.

„We should pro-actively seek to change this situation to ensure that women have the opportunity to pursue a career as they choose, rather than having to fit into a model designed without them in mind“ (Goold und Savulescu 2009, S. 50).

Hiermit verdeutlichen sie, dass auch soziale Bedingungen negative Auswirkungen auf die Ausübung von Autonomie haben können. In einem solchen Ansatz der relationalen Autonomie stehen Politik und Gesellschaft in der Verantwortung, gute Bedingungen für die Ausübung von Autonomie herzustellen (McLeod und Sherwin 2000, S. 260).

Allerdings weisen Goold und Savulescu darauf hin, dass ein sozialer Wandel nicht notwendigerweise durch die Verwendung neuer Technologien untergraben werde (Goold und Savulescu 2009, S. 50). Wahrscheinlich, so die Vermutung der Autorin und des Autors, würden nur sehr wenige Frauen die Möglichkeit zur Kryokonservierung von Eizellen in Anspruch nehmen. Jedoch würde KOMI Frauen dazu verhelfen, unter aktuellen Arbeitsbedingungen einflussreiche Positionen im Beruf einnehmen zu können. Insofern beschreiben Goold und Savulescu KOMI sogar als *reproductive affirmative action* (ebd.). Sie erörtern den Aspekt der Autonomie am Beispiel der Beteiligung von Frauen am Berufsleben, erwähnen allerdings auch andere Gründe, die Frauen dazu bewegen könnten, KOMI in Anspruch zu nehmen, beispielsweise die Partnersuche oder der Wunsch nach mehr emotionaler und finanzieller Sicherheit (ebd., S.50 ff.). Goold und Savulescu bewerten KOMI als eine Strategie von Frauen, um autonom zu bleiben. Sie bewerten allerdings die aktuellen Bedingungen des Arbeitsmarktes als einschränkend für Frauen. Würde KOMI ausschließlich als Argument verwendet, um aktuelle männlich geprägte Strukturen des Arbeitsmarktes zu rechtfertigen und beizubehalten, würde das aus Sicht der Autorin und des Autors die Autonomie der Frauen schwächen.

Auch hier zeigt sich, dass sowohl strukturelle gesellschaftliche Änderungen als auch die Berücksichtigung der individuellen Fortpflanzungsautonomie für eine Forderung nach Geschlechtergleichheit nötig sind. Ebenso betonen Goold und Savulescu, dass Frauen nicht als homogene Gruppe aufzufassen sind. Diese beiden Einschätzungen teile ich. Das Konzept relationaler Autonomie verwenden Goold und Savulescu dazu, die Notwendigkeit gesellschaftlicher Veränderungen zu unterstreichen. Fraglich ist allerdings, ob hierfür ein Konzept der relationalen Autonomie notwendig ist. Meines Erachtens wird die notwendige Forderung nach gesellschaftlichen Veränderungen besser mit der Forderung nach Geschlechtergleichheit erfasst. Auch wenn sich für Frauen durch das Abschaffen patriarchaler Strukturen die Freiheit, also die Möglichkeit verschiedene Optionen wählen zu können, vergrößert, lässt dies noch keine Rückschlüsse auf das Ausmaß der individuellen Autonomie zu. Eine Entscheidung kann auch bei wenigen Auswahlmöglichkeiten autonom sein. Die Verknüpfung des Konzepts einer relationalen Perspektive mit individueller Autonomie wird meines Erachtens dann problematisch, wenn aus gesellschaftlichen Strukturen generelle Aussagen über die Möglichkeit zur

Ausübung von Autonomie hergeleitet werden (siehe auch Ach und Schöne-Seifert 2013). Eine solche Position vertreten Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev.

Die beiden Sozialwissenschaftlerinnen setzen sich ebenfalls mit der Frage auseinander, ob und inwiefern die Entscheidung von Frauen, KOMI verwenden zu wollen, als wahrhaft autonom gelten könne (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2011, S. 156). Sie beziehen sich deshalb – wie Goold und Savulescu – auf eine relationale Konzeption von Autonomie, ziehen allerdings andere Schlüsse aus dieser Betrachtungsweise. Sie verweisen darauf, dass im bioethischen Diskurs zu KOMI mit einem minimalistischen Autonomiekonzept argumentiert werde. Rationale und freie Entscheidungen seien Bestandteil eines minimalistischen Autonomiekonzeptes, allerdings würden soziale Erwartungen und Einschränkungen, welche die eigenen Entscheidungen beeinflussen, in einem solchen Konzept nicht abgebildet (ebd.). Sie befürchten, dass sich der soziale Druck auf Frauen vergrößern könne, beispielsweise im Interesse einer beruflichen Qualifizierung den Kinderwunsch zurückzustellen, und dass insofern die angeblich freie Entscheidung von Frauen für KOMI in Wahrheit nicht gegeben sei. Sozialer Druck beeinflusse die Entscheidungsfindung (ebd.). Deshalb würde auch eine vollständige medizinische Aufklärung nicht garantieren, dass sich Frauen frei entscheiden können: „providing women with all the relevant medical information does not necessarily mean that they are given full freedom of choice“ (ebd., S. 157). Sie fordern deshalb mit Bezug auf eine relationale Perspektive, dass jene sozialen Normen, welche Unterdrückung begünstigen, verändert werden, anstatt Individuen an diese Normen anzupassen (ebd.). Auch hier wird relationale Autonomie meiner Ansicht nach in problematischer Art und Weise verwendet. Wird nur sichergestellt, dass Frauen umfangreiche Informationen zu KOMI erhalten, ist das nach Meinung der Autorinnen nicht ausreichend, um eine freie Entscheidung treffen zu können. Mit dieser Darstellung unterstreichen Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev die Annahme, dass eben die ›Freiheit von Zwang und Manipulation‹ im Kontext von KOMI die entscheidende Bedingung für Autonomie ist, welche sie für nicht erfüllt erachten. Hier stellt sich jedoch ebenso wie bei Goold und Savulescu die Frage, welche gesellschaftlichen Bedingungen autonome Entscheidungen generell verhindern und welche sie nur beeinflussen? Auch Faden und Beauchamp weisen darauf hin, dass Kontrolle und Einfluss nicht gleichzusetzen sind (Faden et al. 1986, S. 251). Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev erheben meines Erachtens daher in erster Linie, ebenso wie Goold und Savulescu, eine Forderung nach Geschlechtergleichheit. Mit der Verwendung der Perspektive relationaler Autonomie bezweifeln die Autorinnen aufgrund nicht bestehender Geschlechtergleichheit – noch radikaler als Goold und Savulescu dies tun – für die gesamte „Gruppe der Frauen“ die Möglichkeit zur Ausübung individueller Autonomie. Sie erläutern dabei nicht, warum

der soziale Druck gerade auf die Entscheidung für KOMI besondere Auswirkungen habe und problematisch sei. Genauso gut könnte ja auch der soziale Druck, im jungen Alter ein Kind zu bekommen, problematisiert werden. Die Autorinnen verwenden relationale Autonomie ohne den Verweis auf eine bestimmte Autonomiekonzeption oder zusätzliche Bedingungen von Autonomie als Argument, um gesellschaftliche Zwänge zu problematisieren. Auch hier wird die bei Goold und Savulescu beschriebene Verknüpfung von gesellschaftlichen Zustandsbeschreibungen mit generellen Aussagen zu individueller Autonomie zum Problem, da weder klar ist, welche Autonomiekonzeption die Autorinnen vertreten noch warum die gesellschaftliche Situation gerade die individuelle Autonomie bei KOMI bedrohe.

Angel Petropanagos sieht ebenfalls soziale Zwänge als so bedeutend an, dass von einer freien Entscheidung (*reproductive choice*) im Kontext von KOMI nicht mehr gesprochen werden könne. Sie betont, dass Fortpflanzungsentscheidungen in einen sozialen und historischen Kontext eingebettet sind und nimmt hierbei Bezug auf das Modell relationaler Autonomie von McLeod und Sherwin (McLeod und Sherwin 2000). Petropanagos geht insbesondere auf patriarchal geprägte Gesellschaftsnormen ein, die sich mit der Möglichkeit der Anwendung von KOMI sogar noch verstärken könnten. Frauen seien auch heutzutage noch aus ihrer sozialen Rolle heraus dazu verpflichtet, ein Kind zu gebären (Petropanagos 2010, S. 230). Sie führt aus, dass die derzeit noch vorherrschenden patriarchal und sexistisch geprägten Gesellschaftsstrukturen Frauen wenig Auswahlmöglichkeiten böten. In ihrer Schlussfolgerung erkennt Petropanagos an, dass Entscheidungen von Frauen für KOMI zu einem unterschiedlichen Grade frei sein können. Aufgrund der aktuellen Gesellschaftsstrukturen sei die Entscheidung sowohl für KMI als auch für KOMI jedoch gleichermaßen unfrei. Petropanagos hält es für notwendig diese Annahme als Grundlage zu verwenden, um politische Regeln zu *egg freezing* entwickeln zu können (ebd.). Insofern sollten beide Anwendungsmöglichkeiten der Kryokonservierung von Eizellen gleichermaßen entweder reguliert, verboten oder erlaubt sein (ebd., S. 231). Petropanagos bewertet also soziale Zwänge als bedrohlich für die Ausübung von Autonomie und erwartet von einer Änderung patriarchaler Gesellschaftsstrukturen, dass Frauen nicht mehr auf KOMI zurückgreifen müssen (ebd.). Dieser Bewertung liegen zwei Prämissen zugrunde. Erstens geht Petropanagos davon aus, dass die Zwänge einer patriarchalen Gesellschaft so stark sind, dass die Entscheidung von Frauen keine freie mehr sein kann. Zweitens geht sie davon aus, dass Frauen sich jenseits dieser patriarchalen Gesellschaftsstruktur nicht mehr für KOMI entscheiden würden. Ich halte beide Annahmen für unzutreffend. Bezüglich der ersten Annahme ist zu entgegnen, dass, wenn es keine freie Entscheidung geben kann, alle Frauen in einer patriarchalen

Struktur gleich handeln müssten. Nach wie vor bekommen aber Frauen in unterschiedlichen Lebensaltern Kinder und manche Frauen entscheiden sich ganz gegen ein Kind. Auch Frauen positionieren sich aktiv ablehnend oder befürwortend zu bestimmten Gesellschaftsbedingungen. Zweitens können andere Gründe wie ein fehlender Partner, ein später Kinderwunsch, eine unsichere Lebenssituation dazu führen, dass sich Frauen für KOMI entscheiden. Ein fehlender Partner ist sogar der Hauptgrund, warum sich Frauen für KOMI entscheiden. In einer Studie mit 183 Frauen gaben 88% einen fehlenden Partner als Grund dafür an, KOMI in Anspruch genommen zu haben (Hodes-Wertz et al. 2013). Das heißt, es ist relativ wahrscheinlich, dass Frauen sich nach Auflösung patriarchaler Gesellschaftsstrukturen nach wie vor für KOMI entscheiden würden. Die Darstellung der Frau als „passiver Spielball“ von Gesellschaftsstrukturen wird der Tatsache nicht gerecht, dass auch sich ändernde Geschlechterrollen, steigendes Lebensalter oder der Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit Motivationen sein können, sich aktiv für KOMI zu entscheiden. Nichts desto trotz ist meines Erachtens die Forderung nach Geschlechtergleichheit, wie sie Petropanagos äußert, notwendig und ein zentrales Anliegen in der Debatte über KOMI.

Auch Petropanagos verweist mit relationaler Autonomie pauschal auf soziale Zwänge und begründet damit ihre kritische Bewertung der Autonomie. Sie verbindet das Argument der relationalen Autonomie ebenso wie die vorher zitierten Autor*innen mit einer Forderung nach Geschlechtergleichheit und verknüpft damit die Annahme, dass individuelle Autonomie nicht gegeben sei. Diese Auslegung von relationaler Autonomie ist problematisch. Die Autor*innen interpretieren relationale Autonomie als Perspektive auf Autonomie und ziehen daraus generelle Rückschlüsse auf die Fähigkeit, individuelle Autonomie ausüben zu können, ohne zu belegen, warum die Fähigkeit zur Autonomie im Speziellen bedroht ist. Die Forderung nach Geschlechtergleichheit ist aus allen drei Positionen zu relationaler Autonomie klar zu erkennen und ist laut meiner Analyse in Kapitel 3.3.1.1 eine entscheidende Forderung.

Die Sorge, Frauen würden nur aus gesellschaftlichem Zwang auf KOMI zurückgreifen, wird von sehr vielen Autor*innen geäußert. Häufig wird dabei Bezug auf relationale Ansätze von Autonomie genommen (Goold und Savulescu 2009; Harwood 2009; Petropanagos 2010; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Dieser Bezug wird einerseits dazu verwendet, die starken sozialen Einflüsse bei der Entstehung von Entscheidungen darzustellen, und andererseits, um die Verantwortung von Politik und Gesellschaft zu unterstreichen, gesellschaftliche Veränderungen herbeizuführen, welche Frauen mehr Möglichkeiten einräumen, Autonomie auszuüben. Die theoretischen Unklarheiten, die ich

im Kapitel 3.3.2.1 dargestellt habe, wirken sich auch auf die Anwendung von relationaler Autonomie als Argument aus. Es bleibt unklar, ob sich über die Forderung nach Geschlechtergleichheit hinaus weitere Auswirkungen auf eine Autonomiekonzeption ergeben. Die Behauptung, dass die gesellschaftlichen Bedingungen einen sozialen Zwang ausüben, wird nicht weiter begründet. Stattdessen wird mit einem Verweis auf relationale Autonomie pauschal ein Mangel an individueller Autonomie behauptet. Die enge Verknüpfung von sozialen Umständen mit der Fähigkeit zur Ausübung individueller Autonomie ist problematisch. Aufgrund starker Vorannahmen wird auf diesem Weg einer gesamten Gruppe von Menschen die Fähigkeit zur Autonomie abgesprochen. Diese Interpretation von relationaler Autonomie kann zu einer bedenklichen Form von Paternalismus führen, welche unter dem Vorwand, Autonomie zu schützen, zum Einsatz kommt.

KOMI und Authentizität als Bedingung für personale Autonomie

Die Journalistin und Medizinethikerin Uta Bittner und der Philosoph Oliver Müller setzen sich in Bezug auf KOMI ebenfalls mit der Frage auseinander, inwiefern ein vergrößertes Angebot fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen auch eine Vergrößerung der Möglichkeiten zu personaler Autonomie zur Folge haben könne. Sie halten fest, dass es wichtig sei, Personen in ihrem biographischen Kontext zu betrachten, um Autonomie beurteilen zu können (Bittner und Müller 2010, S. 36). Wie Goold und Savulescu gehen sie auf die sozialen Bedingungen ein, die sie ebenfalls für bedeutend erachten. Allerdings bezweifeln sie die Autonomie von Frauen in der Entscheidung für KOMI in viel grundlegenderer Art und Weise. Bittner und Müller hinterfragen kritisch die Beweggründe von Frauen, die sich für KOMI entschließen, insbesondere in Bezug auf den Stellenwert des Kinderwunsches im Lebenskonzept der Frauen (ebd., S. 36). „Das Idealbild des beruflichen Werdegangs westeuropäischer Industriestaaten“ würde auch auf Frauen zurückwirken (ebd.). Sie verweisen auf mangelnde Selbstreflexion, Verdrängung und Flucht vor der Entscheidung für ein Kind als mögliche Gründe für den Wunsch von Frauen, Kryokonservierung von Eizellen durchführen zu lassen (ebd., S.36). Es mangle diesen Frauen an einer kritischen Reflexion der Beweggründe ihrer Entscheidung (ebd., S. 37).

Bittner und Müller begreifen alle Frauen, die ihren Kinderwunsch verschieben oder sich für KOMI entscheiden, als homogene Gruppe. Allen Mitgliedern dieser Gruppe wird pauschal unterstellt, nicht nach ihren jeweils „eentlichen“ Wünschen zu handeln. Bittner und Müller bezweifeln damit die Authentizität der Entscheidung von Frauen für KOMI. Damit legen sie implizit ihre eigenen Werte wie die möglichst frühzeitige Erfüllung des

Kinderwunschs, die natürliche Fortpflanzung, die Priorität des Kinderwunschs gegenüber anderen Lebensinhalten oder die Zugehörigkeit bestimmter Lebensereignisse zu bestimmten Lebensphasen als Maßstab an. Die Kritik, welche gegen stark substantielle Autonomiekonzepte vorgebracht wird (siehe Kapitel 3.3.2.1), ist auch hier angebracht. Manche Werte können bestimmten Menschen als Kriterien richtig erscheinen und begründen, warum sie ein Kind früher bekommen möchten. Sie können allerdings keinesfalls als Kriterien für alle fortpflanzungsfähigen Personen, für die „richtige“ Art der Autonomie oder gar für die ethische Beurteilung eines fortpflanzungsmedizinischen Verfahrens herangezogen werden.

Der Verweis auf die soziale und zeitliche Dimension von Entscheidungen kann bei Bittner und Müller entweder als ein Rekurs auf ein prozedurales Verständnis von Autonomie oder allgemeiner als ein Argument für Authentizität als Bedingung für Autonomie verstanden werden. Ich wende mich diesen beiden Deutungsvarianten im Folgenden kurz zu. Die prozedurale Konzeption von Autonomie erkennt die Wertigkeit sozialer Gegebenheiten für die Entwicklung der Person und ihrer Wünsche an. Allerdings ist meiner Ansicht nach der Nutzen dieser Konzeption für die Anwendung im Kontext von KOMI fragwürdig. Auch wenn Bittner und Müller konstatieren, dass für „die Analyse von personaler Autonomie [...] eine punktuelle Betrachtung nicht ausreichend“ ist (ebd., S. 35), stellt genau das jedoch die geläufige Möglichkeit dar, im klinischen Kontext, also auch in Bezug auf die Verwendung von KOMI, die Bedingungen von Autonomie zu überprüfen. Autonomie kann im medizinischen Behandlungskontext zwar auch global erfasst werden, und in Extremsituationen ist es sogar notwendig, auf die Genese von Wünschen einzugehen oder zu überprüfen, ob die persönlichen Werte der Frau mit der medizinischen Entscheidung für KOMI übereinstimmen. Allen Frauen jedoch aufgrund falsch internalisierter Werte, wie beispielsweise des bei Bittner und Müller genannten westeuropäischen Arbeitsethos (ebd.), die autonome Entscheidung für KOMI absprechen zu wollen oder diese Entscheidung kritisch zu bewerten, erscheint meines Erachtens unverhältnismäßig⁵⁸.

⁵⁸ Das Autonomieverständnis von Bittner und Müller scheint einem problematischen Konzept von Selbst und Selbstbestimmung zu folgen. Der Philosoph Thomas Schramme spricht mit Blick auf die Vorstellung, dass sich zunächst ein Selbst entwickelt und dieses dann handelt, von einer „synchronen Verdopplung des Selbst“ (Schramme 2011, S. 883). Diese Verdopplung entspreche einer Trennung von formendem Selbst und handelndem Selbst, was aber de facto nicht mit unserer Art zu denken und zu handeln übereinstimme (ebd.). Schramme schlägt deshalb in Anlehnung an die Philosophin Marya Schechtman die Formulierung vor, dass sich „eine Person in Handlungen selbst formt beziehungsweise ausdrückt“ (ebd.). Damit wird Personen nicht die Möglichkeit abgesprochen, andere Vorstellungen von einem Selbst zu entwickeln oder zu verfolgen. Ebenso wenig wird die Möglichkeit aberkannt, dass Personen gleichwohl falsche Entscheidungen treffen können, also selbstentfremdet handeln (ebd., S. 884). Damit verschwindet die bei Bittner und

Die Authentizität, also die Vereinbarkeit eines Wunsches mit den eigenen Werten, kann, wie ich bereits in Kapitel 3.3.2.3 ausgeführt habe, im medizinischen Kontext nur bedingt erfragt werden. In einer Beratungssituation für KOMI kann ein Rückgriff auf Authentizität konstruktiv auf Autonomie verweisen. Fragen bezüglich der Motivation für KOMI können behilflich sein, um zu ergründen, ob Unsicherheit oder ein tatsächlicher Kinderwunsch der Beweggrund für KOMI ist. Dies allerdings im Sinne einer generellen „Rechtfertigungspflicht“ zu fordern (Anderson 2013, S. 69), wäre ein starker Eingriff in liberale Freiheiten. Derart die Authentizität von Wünschen zu hinterfragen könnte dazu führen, Personen, die selbst für sich sprechen können, zu bevormunden. Wünsche, welche von Dritten als nicht im Einklang mit den eigentlichen Werten der Person angesehen werden, könnten dann generell mit Verweis auf die mangelnde Authentizität der Entscheidung angezweifelt werden.

Falsche Vorstellungen von einem Lebensverlauf, etwa die Missachtung der Priorität des Kinderwunschs vor anderen Lebenszielen, werden von Bittner und Müller als Grund für mangelnde Autonomie genannt. Diese Kritikpunkte weisen meines Erachtens auf eine stark substantielle Form des Autonomiebegriffes hin. Hier werden aus den Prioritäten der Autor*innen Vorstellungen von autonomem Handeln abgeleitet, die einer Verwechslung von Autonomie mit Orthonomie gleichkommen (siehe Kapitel 3.3.2.1). Diese Konzeption geht zudem mit der Gefahr einher, Frauen als eine homogene Gruppe zu betrachten. Nicht alle Frauen werden sich aufgrund solcher, vermeintlich falscher Vorstellungen vom richtigen Zeitpunkt für Mutterschaft für KOMI entscheiden, andere Motive wie ein fehlender Partner oder die Unsicherheit über den Kinderwunsch können ebenso entscheidende Gründe für KOMI sein. Diese Einwände bezüglich der Autonomie von Frauen sind nicht plausibel.

Der Verweis auf die soziale und zeitliche Dimension bei der Ausformung von Wünschen kann als eine Aufforderung verstanden werden, die Entscheidung für KOMI bezüglich der Motivation kritisch zu hinterfragen. Nachfragen können einer Frau in einer Beratungssituation helfen, Unsicherheit abzubauen und widersprüchliche Empfindungen zu klären, und es ihr so erleichtern, eine Entscheidung im Einklang mit den eigenen Wertvorstellungen zu treffen. Authentizität kann im klinischen Kontext aber nicht regelhaft zur Bedingung für eine autonome Entscheidung gemacht werden.

Müller unterstellte Grenze zwischen persönlich gewachsener Vorstellung von Selbstverwirklichung und tatsächlicher Selbstverwirklichung.

3.3.2.8 *Zwischenfazit*

Das Argument der Autonomie wird in der ethischen Auseinandersetzung mit KOMI unterschiedlich verwendet. Fortpflanzungsentscheidungen wird in moralischer Hinsicht eine besondere Bedeutung zugesprochen, die bei einigen Autor*innen im Konzept der reproduktiven Autonomie zum Ausdruck kommt. Sowohl die zentrale Bedeutung von Fortpflanzung für das menschliche Leben als auch deren rechtlicher Stellenwert können als Begründung für reproduktive Autonomie bei KOMI gelten. Im Respekt vor der reproduktiven Autonomie manifestiert sich der Respekt vor der jeweils individuellen Lebensführung. Wichtig ist dabei, dass reproduktive Autonomie nicht pauschal mit einem einklagbaren Recht gleichgesetzt werden kann, sondern mit Verweis auf Schaden an der eigenen oder an anderen Personen eingeschränkt werden kann.

In Bezug auf die Einschätzung der Fähigkeit zu individueller Autonomie positionieren sich die Autor*innen innerhalb der Debatte unterschiedlich. Während einige KOMI als Möglichkeit ansehen, den Freiraum für Selbstbestimmung zu vergrößern, bezweifeln andere die Möglichkeit zu Autonomie bei einer Entscheidung für KOMI. Gründe für eine kritische Bewertung der Möglichkeit zu Autonomie seien mangelhafte Aufklärung, unverhältnismäßig hohe Erwartungen an das Verfahren, falsche, die Entscheidung motivierende Werte, mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie ein allgemeiner, der Entscheidung zugrunde liegender Zwang aufgrund patriarchal geprägter Strukturen der Gesellschaft, insbesondere des Arbeitsmarkts. Damit wird einerseits angezweifelt, dass die notwendigen Voraussetzungen einer autonomen Entscheidung ›Verständnis‹ und ›Freiheit von Zwang und Manipulation‹ vorliegen (Faden et al. 1986, S. 241 ff.). Andererseits äußert sich darin eine generelle Skepsis, dass Frauen in Bezug auf KOMI aufgrund einschränkender Gesellschaftsstrukturen überhaupt eine autonome Entscheidung treffen können. Autor*innen, welche mit relationaler Autonomie argumentieren, verwenden das Konzept meist, um gesellschaftliche Ungleichheit, beispielsweise von Frauen und Männern zu kritisieren. Aus dieser Feststellung ergäbe sich als argumentative Konsequenz eine Gleichheitsforderung. Häufig wird jedoch mit dem Bezug auf relationale Autonomie ein Mangel an Autonomie postuliert, welcher sich nicht zwangsläufig aus der gesellschaftlichen Ungleichheit ergeben muss. Zweifelsohne ist Gleichheit notwendig, um autonome Entscheidungen in einem größeren Maße treffen zu können. Die Verwechslung von Gleichheitsargument und Autonomie hat jedoch zur Folge, dass allen Personen einer bestimmten Menschengruppe, in diesem Falle Frauen, Autonomie abgesprochen wird, ohne dies ausreichend argumentativ zu belegen.

3.3.3 DIE ‚NATÜRLICHE SCHWANGERSCHAFT‘ – NATÜRLICHKEIT, NORMALITÄT UND SPÄTE MUTTERSCHAFT

Das Natürlichkeitsprinzip wird in wenigen Artikeln zu KOMI direkt angeführt. Allerdings wird häufig implizit auf Vorstellungen von Natürlichkeit und Normalität Bezug genommen. Diese Bezüge werden oft nicht kenntlich gemacht, bestimmen jedoch die moralische Bewertung des Verfahrens KOMI. Dies wird insbesondere in der Diskussion um die späte Mutterschaft deutlich, in welcher sich Natürlichkeits- und Normalitätsvorstellungen, ohne dass diese Positionen weiter argumentativ begründet werden, auf die Bewertung auswirken. Ich möchte in diesem Kapitel auf die Begriffe Natürlichkeit, Normalität und Alter eingehen und im Anschluss daran nachzeichnen, wie sie in der Debatte um KOMI verwendet werden. Ein Fokus wird dabei die Diskussion über die späte Mutterschaft sein, in welcher Kompetenz von Eltern oder eine obere Altersgrenze für KOMI häufig mit einem Rekurs auf Natürlichkeit oder Normalität begründet werden. Es wird in diesem Kapitel zum einen der eigene Wert einer natürlichen Schwangerschaft diskutiert. Die Auswirkungen einer späten oder gar postmenopausalen Schwangerschaft bilden einen weiteren Diskussionsaspekt der Debatte um KOMI.

3.3.3.1 *Natürlichkeit und Normalität als normative Kriterien*

Natürlichkeit

Die Unterscheidung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit ist für Menschen eine wichtige Orientierungs- und Ordnungshilfe im Alltag (Birnbacher 2006, S. 1). Für die angewandte Ethik ist diese Unterscheidung insofern interessant, als mit ihr auch alltagsmoralische Bewertungen von Techniken oder Vorgehensweisen vorgenommen werden. Häufig kommt dabei eine moralische Intuition zum Tragen, die der Philosoph Dieter Birnbacher als „Natürlichkeitsbonus“ bezeichnet (ebd., S. 21, Birnbacher 2011, S. 149). Er umschreibt mit diesem Begriff die Tendenz, natürlich anmutende Dinge oder Sachverhalte besser zu bewerten als künstliche. Die Orientierung an der Natur kann einerseits gewinnbringend und bereichernd sein, beispielsweise beim Bau von Fahrzeugen nach dem Vorbild des stromlinienförmigen Fischkörpers. Die Verwendung des

Begriffes Natur kann in der Philosophie allerdings auch einige Probleme mit sich bringen. Birnbacher warnt deshalb: „Natur« und »natürlich« gehören in der Philosophie, aber auch im Alltagsdenken zu den vieldeutigsten, missverständlichsten und am leichtesten manipulativ zu missbrauchenden Begriffen.“ (Birnbacher 2011, S. 149). Welche Verwendung des Begriffs Natur problematisch sein kann soll Gegenstand des folgenden Abschnitts sein.

John Stuart Mill analysiert in seinem Essay „Natur“ verschiedene Bedeutungen des Begriffs. Er unterscheidet eine Deutung, bei der unter Natur „alle in der äußeren und inneren Welt vorhandenen Kräfte“ verstanden werden, sowie eine zweite, bei der all das, was „ohne Mitwirkung des Menschen geschieht“ als natürlich benannt werden kann (Mill 1984, S. 13). Diese zwei Deutungen beziehen sich auf das, was ist. Eine dritte deutet die Natur als Maß für das, was sein sollte. Die ersten beiden Verwendungsmöglichkeiten sind beschreibender Art. Sie dienen dazu, bestimmte Fakten als Grundlage für Bewertungen oder Überlegungen heranzuziehen. Mill gesteht der Natur insofern einen gewissen Orientierungswert zu, als sich Menschen beispielsweise wissentlich physikalische Gesetze für ihr Handeln zu Nutze machen können (ebd., S. 22). Diese Orientierung folge allerdings „Regeln der Klugheit“ und nicht normativen Überlegungen (ebd.). Hierunter könnten beispielsweise in Bezug auf KOMI die Berücksichtigung einer maximalen Lebenserwartung oder Erfolgsaussichten für das Verfahren in Abhängigkeit vom Alter fallen. Empirische Daten können für eine moralische Beurteilung verwendet werden, sie sind sogar zeitweise nötig, um den soziokulturellen Kontext einer Entscheidung angemessen abzubilden. Der alleinige Rekurs auf solche Werte ist allerdings ohne eine weitere normative Erörterung nicht ausreichend für eine ethische Bewertung.

Entsprechend betont Mill, dass die „Natur“ – als ein ethisches Argument und insofern mit normativer Wirkung verwendet – genauerer Erläuterungen bedürfe:

„Sie [diejenigen, die Natur als moralisches Argument verwenden, Ergänzung S.B.] glauben vielmehr, daß das Wort »Natur« ein *Kriterium* dafür bietet, was wir tun sollten; und wenn sie als Regel für das, was sein sollte, ein Wort einsetzen, das seiner eigentlichen Bedeutung nach das bezeichnet, was ist, so tun sie das, weil ihnen dabei deutlich oder undeutlich die Vorstellung vorschwebt, daß das, was *ist*, die Regel und den Maßstab dafür abgibt, was sein *sollte*“ (Mill 1984, S. 17, Hervorhebungen im Original).

Heutzutage ist die Vorgehensweise, aus dem Sein ein Sollen abzuleiten, als „naturalistischer Fehlschluss“ bekannt, dessen Benennung als *naturalistic fallacy* auf den

Philosophen George Edward Moore zurückzuführen ist (Moore 1922, S. 43 ff.).⁵⁹ Mill resümiert bezüglich der normativen Kraft der Natur:

„Der Plan der Natur, als Ganzes betrachtet, kann das Beste menschlicher oder anderer fühlender Wesen nicht zu seinem [...] Hauptzweck gehabt haben. Soweit er ihnen Gutes bringt, ist es größtenteils das Ergebnis ihrer eigenen Anstrengungen. Was immer in der Natur auf wohlwollende Absichten hindeutet, beweist, daß dieses Wohlwollen nur mit sehr beschränkter Macht ausgestattet ist. Die Pflicht des Menschen kann deshalb nur darin bestehen, mit den wohlwollenden Naturmächten zusammenzuarbeiten – nicht dadurch, daß er den Lauf der Natur nachahmt, sondern dadurch, daß er ihn fortwährend zu verbessern strebt“ (Mill 1984, S. 62).

Eine problematische Verwendung des Begriffs Natürlichkeit ergibt sich also daraus, direkt aus der Natur normativen Gehalt ablesen zu wollen. Birnbacher zufolge kann dies zu Scheinargumentationen führen, bei denen eigene moralische Intuitionen in den Naturbegriff hineinprojiziert werden, ohne diese Intuitionen offenzulegen oder mit einer Argumentation plausibel zu machen (Birnbacher 2006, S. 19). Natur als Argument fungiere dann als „Durchlauferhitzer für beliebige Setzungen“ (ebd.).

Ähnlich verhält es sich mit der Verwendung des Begriffs der „Natürlichkeit des Menschen“. Der Philosoph Oliver Müller beschreibt zwei Dimensionen der menschlichen Natur: die körperliche und die kulturell geprägte (Müller 2008, S. 22). Im Alltag erscheint es beispielsweise trivial, die Fähigkeit zu Sprache und Denken als für den Menschen natürlich anzusehen. Aber was sagt diese Fähigkeit über die Natur des Menschen aus? Sind beispielsweise Sprache und Deliberation nicht ebenso aus der jahrtausendlangen Kultivierung menschlichen Zusammenlebens entstanden? Die Trennung von Biologie und Kultur ist keineswegs eindeutig. Müller resümiert deshalb: „Die ‚Natur des Menschen‘ ist keine festgefügte Substanz und sie hat auch keinen Wert an sich. Aus der ‚Natur des Menschen‘ selbst lassen sich direkt keine Handlungsgründe ableiten.“ (ebd., S. 40). Der Begriff der „menschlichen Natur“ kann unterschiedlich verwendet werden und sagt nicht immer etwas über den biologischen Ursprung oder eine unveränderbare Konstante des menschlichen Körpers aus. Die „menschliche Natur“ kann vielmehr als eine aktuelle Zuschreibung von Eigenschaften gesehen werden, die einer gewissen lebensweltlich erfahrbaren Gemeinsamkeit im menschlichen Handeln entsprechen (Birnbacher 2006, S. 60). Ausgehend von der Funktionsweise des menschlichen Körpers können normative

⁵⁹ David Hume beschrieb ebenfalls die Tatsache, dass aus dem Sein nicht zwangsläufig ein Sollen abgeleitet werden kann, ohne weitere Gründe dafür anzugeben (Horstmann 2013, S. 51 ff.). George Edward Moore machte auf die Tatsache aufmerksam, dass aus dem Wort ‚gut‘ nicht durch Gleichsetzen oder Ersetzen desselben mit anderen Charakteristika wie beispielsweise Glück = gut oder Evolution = gut eine ausreichende Herleitung für eine philosophische Argumentation gewonnen ist. Deshalb spricht der Philosoph William K. Frankena auch bei Moore von einem ‚definitionistischen Fehlschluss‘ (Frankena 1939, S. 471).

Schlussfolgerungen getroffen werden. Allerdings brauchen diese Schlussfolgerungen im Sinne von Physiologie und Pathologie eine zusätzliche normative Erläuterung, beispielsweise mit Rekurs auf Schaden durch eine körperliche Verfassung oder Leiden an einer bestimmten körperlichen Verfassung.

In den letzten 40 Jahren hat eine neue intensive philosophische Auseinandersetzung mit den Begriffen Natur und Natürlichkeit stattgefunden. Ursächlich für diese Entwicklung sind technische Innovationen, die das Selbstverständnis von Menschen einerseits und sein Verhältnis zur ihn umgebenden Umwelt andererseits in Frage stellen. Als Beispiele seien hier Genmanipulation bei Pflanzen oder gentechnische Veränderungen am Menschen wie das – derzeit nur als theoretische Möglichkeit diskutierte – reproduktive Klonen von Menschen genannt⁶⁰. In einigen Strömungen der Umweltethik, aber auch der anthropologischen Ethik, wird der Natur ein besonderer Wert zugesprochen (siehe hierzu Birnbacher 2006, S. 29). Für die Biomedizin relevant sind *anthropologische* Ansätze der Ethik, welche die „Natur des Menschen“ in den Fokus der Betrachtung rücken. Ein prominentes Beispiel hierfür ist die konkrete Ethik von Ludwig Siep. Er vertritt eine „evaluative anthropologische Theorie“. Menschen seien über die lange Zeit ihrer Entwicklung biologisch nahezu unverändert geblieben (Siep 2008, S. 203 f.). Darüber hinaus gäbe es kulturelle Erfahrungsprozesse, welche unwiderruflich seien und die „Natur des Menschen“ inhaltlich bestimmen würden. Heutzutage könne beispielsweise der Sklavenhandel nicht mehr als moralisch vertretbar bewertet werden. Aus biologischen Konstanten und kulturellen Lernprozessen entstünden Werte, die als „definitiv bewährt und irreversibel gelten können“ (ebd.). Siep geht daher von einer Objektivierbarkeit bestimmter Werte aus (Müller 2008, S. 41). Werte wie „Mannigfaltigkeit“, „Gedeihen“ und „Gerechtigkeit“ seien Teil eines Modells der „guten Welt“ (Siep 2008, S. 204). Allerdings befinden sich meines Erachtens Werte wie „Gedeihen“ und „Gerechtigkeit“ auf unterschiedlicher Ebene hinsichtlich ihres normativen Gehalts. Während sich bei der Gerechtigkeit normative Handlungsanweisungen begründen lassen (z.B. Rawls und Vetter 1975; Gosepath 2004), besitzen andere objektive Werte, die Siep nennt, wie z.B. Gedeihen einen weniger starken normativen Verpflichtungscharakter. Existierende menschliche Werte geben darüber hinaus ohne weitere Begründung wenig Auskunft über normative Schlussfolgerungen. Diese Position vertritt auch der Philosoph Oliver Müller.

⁶⁰ Jürgen Habermas setzt sich in seinem 2001 erschienenen Buch „Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik“ mit den Folgen der Anwendung von Gentechnik am Menschen auseinander. Die Sichtweise von Habermas wurde und wird lebhaft diskutiert und analysiert, beispielsweise von der Politikwissenschaftlerin und Ethikerin Katharina Beier (Beier 2009). Dies ist nur ein Beispiel für die intensiv geführte gesellschaftliche Diskussion von Gentechnik und deren Folgen am Menschen.

Oliver Müller beschreibt die Entstehung von Wertvorstellungen über die Natur folgendermaßen: „Das, was der Mensch ist, als was er sich als »natürliches Wesen« sieht und interpretiert, ist keine bloß deskriptive Frage – auch wenn empirische Befunde eine wichtige Rolle spielen –, sondern eine evaluative und sogar normative.“ (Müller 2008, S. 43) Der Drang nach „Welt-Orientierung“ und „Welt-Gestaltung“ sei verantwortlich dafür, dass der Mensch Bedeutungen und Wertvorstellungen von der Natur entwickle, „die er seinem Handeln zugrundelegt“ (Müller 2008, S. 39). Da der Mensch sich auf sich und seine Umwelt bezieht, nimmt die Natur „im menschlichen Wertehorizont eine zentrale Stellung ein“. Die Natur könne als „Reflexionsbegriff“ gelten (ebd.). Müller verneint den von Siep vertretenen Werteobjektivismus:

„Die ‚Natur des Menschen‘ ist keine festgefügte Substanz und sie hat auch keinen Wert an sich. Aus der ‚Natur des Menschen‘ selbst lassen sich direkt keine Handlungsgründe ableiten“ (Müller 2008, S. 40).

Die hier vorgestellten Positionen verdeutlichen einen wichtigen Unterschied in der Verwendung des Natürlichkeitsarguments: Natürlichkeit kann argumentativ entweder als allgemeingültiges Prinzip mit normativem Gehalt verwendet werden oder persönliche Präferenzen ausdrücken. Während das Besinnen auf die Natur persönliche Handlungsentscheidungen begründen kann, ist das Natürlichkeitsprinzip als allgemeingültige Handlungsanweisung aus moralischer Sicht problematisch (s.o.).

Dieser Unterschied ist insofern wichtig, als sich unterschiedliche Handlungskonsequenzen daraus ergeben. Aus einem allgemeingültigen Prinzip lässt sich ein moralisch richtiges Handeln ableiten. Aus der Verwendung des Natürlichkeitsarguments als Präferenz folgt zwar ein Besinnen auf Natur, allerdings keine moralische Verpflichtung zu einem eindeutigen Handeln (Birnbacher 2006, S. 144 f.).

Natürlichkeitsargumente spielen bei der Bewertung reproduktionsmedizinischer Techniken „eine signifikante Nebenrolle“ (Birnbacher 2006, S. 141). Natürlichkeit kann direkt als Argument genannt sein⁶¹. Dem Natürlichen und Zufälligen wird dann ein positiver Wert in der Fortpflanzung zugesprochen. Ebenso kann Natürlichkeit auch indirekt, beispielsweise über das Argument der Menschenwürde, in die Bewertung

⁶¹ Dies geschieht beispielsweise bei der Begründung eines Verbots der Geschlechterwahl bei technisch assistierter Fortpflanzung. Die natürliche Geschlechterwahl wird dabei als schützenswertes Rechtsgut behandelt (Keller et al. 1992, S. 215).

einfließen (ebd., S. 154 ff.)⁶². Ein psychologisch positiver Effekt, der sich aus einer Bevorzugung der natürlichen Fortpflanzung ergibt, ist, dass der Verantwortungsdruck bei Fortpflanzungsentscheidungen vermindert wird (ebd., S. 146). Allerdings ist eine moralische Bewertung eines Verfahrens, die allein auf diesem Argument beruht, nicht ausreichend, da dabei der ebenfalls für eine moralische Beurteilung wichtige Nutzen eines Verfahrens unberücksichtigt bleibt. Birnbacher weist darauf hin, dass insbesondere solche Verfahren, welche nicht auf Gesundheit abzielen, oft implizit aufgrund von Natürlichkeitsargumenten ablehnend bewertet werden (Birnbacher 2006, S. 141). KOMI ist ein solches Verfahren, das anders als KMI ohne Krankheitsanlass bei fertilen Frauen Anwendung findet. Diejenigen, die in der Debatte um KOMI Natürlichkeit als moralisch relevantes Kriterium anerkennen, stehen KOMI kritisch gegenüber, wie ich an ausgewählten Positionen unter Kapitel 3.3.3.4 zeigen werde.

⁶² In einer Stellungnahme des US-amerikanischen President's Council on Bioethics zum reproduktiven Klonen heißt es beispielsweise: „[H]uman dignity is at stake. In natural procreation, two individuals give life to a new human being whose endowments are not shaped deliberately by human will, whose being remains mysterious, and the open-endedness of whose future is ratified and embraced. Parents beget a child who enters the world exactly as they did – as an unmade gift, not as a product.“ (The President's Council on Bioethics 2002, S. 105). Die Menschenwürde scheint in dieser Argumentation deshalb in Gefahr zu geraten, weil die Entstehung des Kindes nicht mehr der Zufälligkeit überlassen wird, sondern dem menschlichen Willen unterliegt. Auch hier wird der Zufälligkeit und der Unverfügbarkeit natürlicher Fortpflanzung ein uneingeschränkt positiver Wert zugesprochen.

Normalität

Auch Normalitätsvorstellungen werden herangezogen, um aus einem deskriptiven Faktum eine normative Schlussfolgerung abzuleiten, ohne diese argumentativ zu belegen. Die Moralthologin Simone Horstmann spricht deshalb analog zum naturalistischen Fehlschluss von einem 'normalistischen Fehlschluss' (Horstmann 2013, S. 60 ff.)⁶³. Der Normalitätsbegriff wird verwendet, um eine hohe Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses zu beschreiben. Insofern stellt er eine Aussage über Mengenverteilungen und Häufigkeit dar. Der Begriff der Normalität wird heute auch dazu verwendet, um die Üblichkeit von Verhaltensweisen zu beschreiben. Normalität, ursprünglich zur Beschreibung eines arithmetischen Mittels gebraucht, wandelte sich in der modernen Verwendung also zu einem „mess-methodisch abstrahierten Reflexionsbegriff“ des menschlichen Verhaltens (ebd., S. 63). Normalität kann daher in ethischer Hinsicht ähnlich wie der Begriff der Natürlichkeit als Quelle metaphysischer Annahmen eines guten Lebens dienen, die nicht weiter erläutert werden.

Der Begriff der Normalisierung, verstanden als Herstellung von Normalität durch menschliches Verhalten, kann allerdings sowohl positiv als auch negativ verwendet werden. Positiv wurde der Begriff beispielsweise lange Zeit für die Forderung nach Gleichheit für behinderte Menschen verwendet, negativ beispielsweise für die befürchtete Normalisierung des Tötens in der Debatte über aktive Sterbehilfe. Der Begriff Normalität ist deshalb in ethischer Hinsicht „normativ unterbestimmt“ (ebd., S. 26). Normalität besitzt allerdings eine bestimmte Anfälligkeit für eine normative Lesart, wie die Sozialwissenschaftlerin Elisabeth von Stechow erörtert: „Normalitätsfeststellungen sind auf Grenzen und die Benennung von Abweichungen angewiesen. Wird das Individuum außerhalb der Normalitätsgrenze verortet, verliert es seinen aktiven Status im Normalitätsfeld, es wird ein bedrohtes, ein normiertes Individuum.“ (Stechow 2004, S. 14). Insofern wird das Individuum erst dann als normiertes Individuum sichtbar und häufig auch der Rechenschaft schuldig, wenn es sich außerhalb des anerkannten Rahmens der Normalität befindet. In der Moderne erfolgt der Rückzug auf „Normalitätsschablonen“ mit dem Ziel der Komplexitätsreduktion einer vielfältigen Welt (Horstmann 2013, S. 205). Diese „Normalitätsschablonen“ werden auch in Disziplinen wie Medizin, Soziologie und Psychologie verwendet und den Adressat*innen auf diese Art und Weise plausibel gemacht. Die Plausibilitäten folgen einer „Logik der Sicherheit“, welche die Normalität nicht nur beschreibt, sondern auch positiv konnotiert und damit abstützt (ebd., S. 206). Gerade in der Medizin wird Normalität – also das Durchschnittsmaß – mit dem Gesunden

⁶³ Für eine ausführliche Darstellung zu Normalität und Normativität siehe (Horstmann 2013).

und im Umkehrschluss das Nicht-Normale mit dem Kranken verknüpft, eine häufig nicht weiter argumentativ begründete Festsetzung, welche überdies dem Wandel der Zeit unterliegt⁶⁴. Dies zeigt sich z.B. an der Normalisierung von Homosexualität.

Der Literaturwissenschaftler Jürgen Link kritisiert die in der Moderne stärker aufkommenden repressiven Normalitätsvorstellungen (Link 2013, S. 419 ff.). Horstmann hingegen weist die Betonung von Normalität als Strategie des Menschen in der Moderne aus, der Dekonstruktion des Subjekts durch die Moderne etwas entgegenzusetzen (Horstmann 2013, S. 202). Während Link also auf die destruktive Komponente von Normalitätsvorstellungen hinweist, hebt Horstmann die konstruktive Seite von Normalität hervor (ebd., S. 250 f.). Da Normalität sich heutzutage auf verschiedene Deutungen beziehen kann, ist der normative Gehalt von Normalitätsvorstellungen im Einzelfall zu prüfen. Die Ethik kann somit als Prüfinstanz einer Ausgrenzung des Nicht-Normalen fungieren. Denn nach wie vor liegt es an uns zu diskutieren, welchen Normalitätsvorstellungen wir in normativer Hinsicht folgen und welche Normalitätsvorstellungen wir zurückweisen wollen. Insofern zeigt der konstruktive Aspekt von Normalität im Zeitalter von Pluralisierung und Individualisierung, warum Normalitätsvorstellungen an Bedeutung gewinnen und wie die Anschlussfähigkeit bestimmter normativer Schlussfolgerungen innerhalb einer Gesellschaft überprüft werden können. Allerdings bietet die konstruktive Orientierung an Normalität allein keine ausreichende Begründung dafür, Normalität als ethische Kategorie zu akzeptieren.

⁶⁴ Horstmann beschreibt die „normative[n] Aufladung des statistisch-Normalen“ als medizin-historische Entwicklung des Übergangs vom Hospital als Pflegeeinrichtung zum Hospital als Behandlungseinrichtung und den damit einhergehenden Schwierigkeiten einer Kommunikation von Menschen verschiedener sozialer Schichten (Horstmann 2013, S. 66 ff.).

3.3.3.2 *Alter und Altersdiskriminierung*⁶⁵

Alter ist ein Kriterium, das in der Diskussion um späte Mutterschaft im Zusammenhang mit KOMI relevant ist. Alter erhält sowohl in der Form des chronologischen Alters, also der gelebten Jahre, als auch in der Form des biologischen Alters, also des körperlichen und mentalen Funktionszustands, Bedeutung. Wann genau ein Mensch als ‚alt‘ zu gelten hat, ist nicht eindeutig festlegbar. Unter Altersdiskriminierung wird die Assoziation von Alter mit einer negativen Bewertung verstanden (Kramer 2003). Hierunter zählt sowohl die enge Verknüpfung von Alter mit Vorstellungen von Degeneration und Abhängigkeit als auch die Bewertung von Alter als Ursache sozialer Nachteile, ohne dabei Kovarianten in Betracht zu ziehen (Schaie 1993). Altersdiskriminierung besteht also in einer stereotypen⁶⁶ negativen Auffassung von Menschen, einer negativen Bewertung von Alterungsprozessen und einer Benachteiligung einer Person aufgrund dieser Zuschreibungen (Rehberg und Moser 2012). Auch in der Altersdiskriminierung kommt eine, in diesem Falle negativ konnotierte, Normalitätsvorstellung zum Ausdruck, welche für Bewertungen herangezogen wird, ohne diese über die Normalitätsvorstellung hinaus argumentativ zu belegen.

Altersdiskriminierung aus feministischer Perspektive

Aus feministischer Sicht wird die Altersdiskriminierung von Frauen als ein Grund dafür angesehen, dass sich Frauen trotz hoher Risiken und geringer Erfolgchancen im Alter für reproduktionsmedizinische Maßnahmen entscheiden. Alter und Altersdiskriminierung waren lange Zeit ein Randthema feministischer akademischer Diskussion (Calasanti et al. 2006), wengleich das Thema in den letzten Jahren vermehrt Beachtung gefunden hat⁶⁷. Auch in der medizinethischen Debatte erlangt die Auseinandersetzung mit Alter und Altersdiskriminierung vermehrt Bedeutung⁶⁸.

Nach feministischer Lesart werden Frauen im Gegensatz zu Männern über körperliche Merkmale von Jugendlichkeit und Schönheit bewertet und erfahren somit im höheren

⁶⁵ Im Deutschen wäre es exakter, den Begriff ‚Altersdiskriminierung‘ zu verwenden, da es sich nicht um Unterscheidungen verschiedener Altersgruppen, sondern explizit um die negative Bewertung von Menschen im höheren Lebensalter handelt. Im Englischen ist dafür der Begriff ‚ageism‘ üblich (Kramer 2003). Ich verwende allerdings in dieser Arbeit den Begriff Altersdiskriminierung, weil er gebräuchlicher ist.

⁶⁶ Stereotype sind Zuschreibungen von Eigenschaften zu einer Kategorie (Thiele et al. 2013, S. 41). Es existieren sowohl positive als auch negative Stereotype. Zu einer *kognitiven* Komponente, der Zuordnung von Menschen in bestimmte Gruppen kann auch eine *affektive* Komponente hinzukommen, welche gefühlsbetont ist und häufig ein Vorurteil darstellt (ebd.).

⁶⁷ (siehe Calasanti und Slevin 2006, 2001).

⁶⁸ Insbesondere im Hinblick auf Rationierung und gerechte Verteilung medizinischer Leistungen im höheren Lebensalter und der Medikalisierung von Alter (Schweda und Schick Tanz 2011).

Lebensalter eine stärkere Entwertung als Männer (Sontag 1972). Altersdiskriminierung von Frauen wird durch verschiedene Annahmen begründet. Frauen würden in einem jüngeren Alter als Männer der Kategorie „alt“ zugeordnet, sie erreichten im Verhältnis zu Männern früher das „beste Alter“, um zu heiraten oder Kinder zu bekommen, ältere Männer würden auch in höherem Lebensalter für attraktiver gehalten als Frauen. Diese Annahmen werden als „Doppelstandard des Alterns“ zusammengefasst (ebd.). Bei später Mutterschaft besteht aus feministischer Sicht die Sorge, dass die Fortpflanzungsentscheidung der Frau zusätzlich zu einem Druck durch pronatalistische⁶⁹ Tendenzen auch durch altersdiskriminierende Stereotypen beeinflusst werden könne. Eine selbstbestimmte Entscheidung wird dadurch immer unwahrscheinlicher (Parks 1999, S. 85 f.). In letzter Zeit wurde kritisiert, dass Altersdiskriminierung von einigen Feminist*innen noch zu oft als ein unhinterfragbarer Zustand, nicht als eigenständiger Gegenstand von Analysen gesehen werde: „Some feminists mention age-based oppression but treat it as a given—an ‚et cetera‘ on a list of oppressions, as if to indicate that we already know what it is.“ (Calasanti et al. 2006, S. 1).

Dieser Mangel an einer Auseinandersetzung mit dem hohen Lebensalter und insbesondere dem weiblichen Lebensalter jenseits der Menopause könne, so die Philosophin Jennifer Parks, auf ein verengtes feministisches Konzept von Alter hindeuten. Die Forderung nach der Jugendlichkeit der Frau gilt als eine klassische Forderung patriarchaler Gesellschaften und wird als altersdiskriminierend eingestuft. Allerdings finden sich auch in einigen feministischen Positionen altersdiskriminierende Tendenzen (Parks 1999). Die Frauenbewegung engagierte sich für die Rechte auf Abtreibung und Kontrazeption. Auseinandersetzungen mit postmenopausaler Mutterschaft liegen thematisch und argumentativ fern der Debatten über ein „Recht, kein Kind zu bekommen“. Frauen mit dem Wunsch nach einer postmenopausalen Mutterschaft würden, so Parks, deshalb voreilig als Opfer pronatalistischer Werte angesehen (Parks 1999). „Feminists consider age but neither older people nor age relations“, so lautet auch die kritische Einschätzung der Soziologinnen Toni Calasanti und Kathleen Slevin (Calasanti et al. 2006, S. 14).

Altersdiskriminierung als komplexes und multidimensionales Phänomen

Der Blick auf die altersdiskriminierte Frau allein scheint darüber hinaus verkürzt zu sein. Calasanti und Slevin betonen zwar, dass Benachteiligungen von Frauen im Alter, wie etwa geringes Einkommen oder berufliche Chancenungleichheit in der Diskussion über Altersdiskriminierung relevant sind (Calasanti und Slevin 2006, S. 3). Alters-

⁶⁹ Die gesellschaftliche positive Bewertung von Schwangerschaft und Kindern und die Sanktion bei nicht erfolgter Schwangerschaft oder Kinderlosigkeit.

diskriminierung erfahren jedoch nicht nur Frauen, wie die feministische Lesart suggeriert, sondern auch Männer. Der Blick auf die Machtverhältnisse im Alter weist andere Kategorien wie soziale Lage, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung oder körperliche Behinderung als Kategorien von großem oder sogar größerem Diskriminierungspotential aus (Calasanti und Slevin 2001). Studien können dabei behilflich sein, fremd und selbst wahr genommene Diskriminierung sichtbar zu machen. Eigene Einschätzungen bezüglich des Alters und Werturteile über ältere Menschen können Annahmen über negative Stereotype und gefühlte Diskriminierung stützen oder widerlegen (Calasanti und Slevin 2001, S. 17; Wurm und Huxhold 2012). Daten zum Altersbild des deutschen Alterssurveys (DEAS) können dies verdeutlichen (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2014). Bundesweite Befragungen aus den Jahren 1996, 2002 und 2008 stützen die These, dass ein Faktor wie der Bildungsgrad einen größeren Einfluss auf die Selbsteinschätzung im Alter hat als das Geschlecht. Es wurden Personen zwischen 40 und 85 Jahren in einer kohortensequenziellen Studie zu dem Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit und der persönlichen Weiterentwicklung im Alter befragt. Die Befragten verbanden das Älterwerden abhängig von Alter, Bildungshintergrund und regionalem Kontext in unterschiedlichem Maße mit körperlichen Verlusterfahrungen, allerdings zeigten sich dabei keine Geschlechtsunterschiede. Auch in Bezug auf ein positives Bild des Alters, verstanden als Chance zu persönlicher Weiterentwicklung, zeigten sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern, allerdings ließen sich Unterschiede zwischen Altersgruppen, Bildungsgrad und regionalem Kontext aufweisen (Wurm und Huxhold 2012).

Alter wird auch dann nicht nur eindeutig negativ bewertet, wenn älteren Personen Eigenschaften zugeschrieben werden. Studien zeigen, dass Alter komplex, multidimensional, kontextbezogen und sowohl mit positiven als auch negativen Stereotypen assoziiert wird (Kite et al. 1991; Kornadt et al. 2013). Auch das Bild von der alten Frau ist differenzierter und vielseitiger. Der von der Schriftstellerin Susan Sontag propagierte Doppelstandard des Alters scheint zumindest in seiner Eindimensionalität nicht die derzeitigen tatsächlich komplexen Verhältnisse von Alter, sozialer Zugehörigkeit und Geschlecht wiederzugeben, so die Psychologin Anna Kornadt: „It thus seems that an unqualified assumption of an aging double standard that disfavors women is an oversimplification of a rather complex social phenomenon“ (Kornadt et al. 2013, S. 336).

Auch wenn sich mithilfe dieser Ergebnisse eindimensionale altersdiskriminierende Annahmen über die Frau widerlegen lassen, bleibt dennoch der „altersdiskriminierende Standard der mittelalten Person“ erhalten, dem zu Folge Personen selbst im hohen

Lebensalter bestimmten Anforderungen an Fitness und aktiver gesellschaftlicher Teilhabe genügen müssen (Calasanti und Slevin 2006, S. 4). Die Betonung der Chance zu persönlicher Weiterentwicklung und anderen positiven Aspekten auch im höheren Lebensalter geht mit der Gefahr einher, neue Verantwortungsbereiche für ältere Menschen zu schaffen. Im bioethischen Kontext weisen die Medizinethikerin Silke Schicktanz und der Medizinethiker Mark Schweda darauf hin, dass aus der Medikalisierung des Alters „neue Verantwortungslasten“ für ältere Menschen erwachsen (Schweda und Schicktanz 2011, S. 23). Das Idealbild eines geplanten und erfolgreich gestalteten Alter(n)s sei sowohl mit einem Zuwachs an Freiheiten als auch mit einem Zuwachs an sozialen Zwängen, beispielsweise dem Zwang zu Entscheidungen für oder gegen medizinische Maßnahmen assoziiert (ebd.). Die positive Darstellung alter Menschen als aktive, uneingeschränkte Personen, sogenannte *best agers*, die vermehrt in den Medien auftaucht, führt auch dazu, die Folgen von Alter zu bagatellisieren

Allerdings ist ‚negative‘ Altersdiskriminierung von Personen, nicht nur von Frauen, beispielsweise im medizinischen Kontext, vermutlich nicht selten. Nach wie vor kann in medizinischen Behandlungssituationen ein von außen zugeschriebener Verlust an Selbstbestimmung im Alter beobachtet werden, der darin besteht, alten Menschen pauschal weniger Einfluss auf Entscheidungen für oder gegen medizinische Interventionen zuzutrauen (Calasanti und Slevin 2006, S. 6). Physische und psychische Leiden werden häufig auf das Alter als „natürlichen“ Prozess zurückgeführt. Der „natürliche“ Prozess des Alterns wird im medizinischen Behandlungskontext dann oft als Zuschreibungsmerkmal gesehen, das keine genaueren Untersuchungen bezüglich Verletzungen oder Krankheiten als notwendig erscheinen lasse (ebd., S. 8).

Alter ist mit stereotypen Annahmen wie auch mit neuen Verantwortungslasten verbunden. Eine detaillierte Analyse des Alters muss sowohl auf Diskriminierung als auch auf Verleugnung und Bagatellisierung des Alters eingehen (ebd., S. 12 ff.).

Auswirkungen sozialer und politischer Praxis sowie einander teilweise widersprechende Auffassungen von sozialkonstruktivistischen und naturalistischen Konzeptionen des Alters lassen sich in der Zuschreibung von ‚alt‘ wiederfinden. Die zunehmende Vielfalt der tatsächlichen Lebenssituationen spiegelt sich auch in der Vielfalt der Altersbilder wider (Wurm und Huxhold 2012, S. 32). In einer aktuellen Analyse von Alter kann es also weniger darum gehen, das chronologische Alter zu bestimmen, in dem mittleres oder höheres Alter beginnt, sondern vielmehr darum, die Spannungen zu analysieren, die mit der Bezeichnung bestimmter Alterskategorien einhergehen. Die Frage stellt sich, ob sich

im Hinblick auf die Variable Geschlecht überhaupt ein ausreichender Einfluss von Altersdiskriminierung auf die Entscheidung für oder gegen ein Kind ausmachen lässt. Eine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts im höheren Lebensalter wird eher im beruflichen Kontext, im Zusammenhang mit finanzieller Alterssicherung oder auch in der Pflege von Angehörigen zu erwarten sein (Calasanti und Slevin 2006).

Für einen differenzierten Blick auf Altersdiskriminierung gilt es, sowohl diese strukturelle Benachteiligung von Frauen zu berücksichtigen, als auch Fremd- und Selbstbewertungen in die Analyse einzubeziehen. Es existiert ein großer Forschungsbedarf. Die bis dato vorliegenden Ergebnisse soziologischer und psychologischer Studien scheinen nicht ausreichend zu sein, um eindeutige Aussagen über den Zusammenhang von Altersdiskriminierung und Geschlecht machen zu können (Kornadt et al. 2013). Altersdiskriminierung erscheint generell wie auch im speziellen feministischen Diskurs als ein zu wenig erforschtes Terrain. Aufgrund der hier dargelegten Argumente halte ich die Annahme, Frauen würden heutzutage auf Grund von altersdiskriminierenden gesellschaftlichen Tendenzen auch im fortgeschrittenen Alter ein Kind bekommen wollen oder sogar dazu gezwungen sein, für wenig plausibel. Insbesondere in Bezug auf die Frage nach der Motivation von Frauen, auch im fortgeschrittenen Lebensalter ein Kind bekommen zu wollen, mangelt es an aktuellen Analysen und empirischen Daten.

3.3.3.3 *Zwischenfazit*

Natürlichkeit und Normalität haben in ihrer normativen Aussagekraft eine ähnliche Funktion. Natürlichkeit ist in der Philosophie ein vieldeutiger Begriff, der missverständlich verwendet werden kann. Aus der alleinigen Beschreibung von Tatsachen kann keine normative Aussage folgen. Die Vorgehensweise, aus dem Sein ein Sollen abzuleiten, ist als „naturalistischer Fehlschluss“ bekannt. Häufig ist Natürlichkeit als Sinnbild für Nicht-Intervention positiv konnotiert. Auch der Begriff der Normalität kann ähnlich wie Natürlichkeit eine normative Ausrichtung haben. Mit Normalität kann die Tatsache eines häufig eintretenden Ereignisses oder eines üblichen Verhaltens beschrieben und positiv konnotiert sein. Daten der Wirklichkeit können für eine moralische Beurteilung verwendet werden, sie sind sogar zeitweise nötig, um unsere Bewertung in einen soziokulturellen Kontext zu setzen. Der alleinige Rekurs auf Natürlichkeit und Normalität ist allerdings ohne eine weitere normative Erörterung nicht ausreichend für eine ethische Bewertung.

Vorstellungen über das Alter basieren häufig auf Normalitätsvorstellungen, in diesem Falle auf Stereotypen von Degeneration und Abhängigkeit, welche zu einer pauschal negativen Bewertung von Alter und damit zu Altersdiskriminierung führen. Insbesondere Frauen erfahren im höheren Lebensalter eine stärkere soziale Entwertung als Männer (Sontag 1972). Aus feministischer Sicht wird Altersdiskriminierung deshalb als ein Grund dafür diskutiert, warum Frauen sich für reproduktionsmedizinische Maßnahmen entscheiden, obwohl damit hohe Risiken und geringe Erfolgchancen verbunden sind. Die Forderung nach der Jugendlichkeit der Frau gilt als eine klassische Forderung patriarchaler Gesellschaften und wird von Feminist*innen klar als altersdiskriminierend eingestuft. Altersdiskriminierung in Bezug auf das weibliche Geschlecht tritt insbesondere im beruflichen Kontext, im Zusammenhang mit finanzieller Alterssicherung wie auch bei der Pflege von Angehörigen auf. Der Blick auf die Altersdiskriminierung der Frau scheint allerdings einseitig zu sein. Altersdiskriminierung erfahren sowohl Frauen als auch Männer, und der Blick auf die tatsächlich existierenden Machtverhältnisse im Alter weisen andere Kategorien wie soziale Lage, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung oder körperliche Behinderung als Kategorien von großem Diskriminierungspotential aus. Alter ist darüber hinaus nicht nur eindeutig mit negativen Eigenschaften assoziiert. Studien zeigen, dass Alter komplex, multidimensional, kontextbezogen und sowohl mit positiven als auch negativen Stereotypen assoziiert wird. Auswirkungen sozialer und politischer Praxis sowie sich teilweise widersprechende Auffassungen von sozialkonstruktivistischer

und naturalistischer Konzeption des Alters lassen sich alle in der Zuschreibung von ‚alt‘ wiederfinden. Die Herleitung des späten Kinderwunsches aus einem Zwang aufgrund von Altersdiskriminierung kann nicht überzeugen.

3.3.3.4 *Natürlichkeit, Normalität und Alter in der bioethischen Debatte zu KOMI*

In diesem Kapitel möchte ich verdeutlichen, wie Natürlichkeits- und Normalitätsvorstellungen mit Vorstellungen von Alter und Altern zusammenwirken und in der Debatte über KOMI insbesondere in Hinblick auf eine späte Mutterschaft Verwendung finden. In der Diskussion um KOMI wird mit dem Vorschlag, die Menopause als natürliche Grenze der Fortpflanzung zu akzeptieren, direkt Bezug auf Natürlichkeit als Argument genommen. In der Debatte über späte Mutterschaft spielen Normalitätsvorstellungen einer guten Mutterschaft eine große Rolle. Insbesondere in der Frage, ob es eine Altersgrenze für die auf KOMI folgende IVF geben sollte, wird Alter als Kriterium diskutiert. Ich wende mich den folgenden Punkten im Einzelnen zu.

Die Menopause als natürliche Grenze

Die natürliche Grenze der Menopause wird von Bittner und Müller als eine Möglichkeit für eine normative Grenzziehung vorgeschlagen (Bittner und Müller 2010, S. 36). Sie sehen die einzelnen Lebensphasen als Orientierungshilfe, als Vorgaben eines Lebensrhythmus. Menopause solle nicht als Begrenzung, sondern als Anregung für eine produktive Auseinandersetzung darüber begriffen werden, wann man Kinder in sein Leben integrieren wolle (Bittner und Müller 2010, S. 39 ff.). In Tradition der anthropologischen Ethik verweisen sie mit Siep auf die Metaphern des „Wachsens“ und „Gedeihens“ als Orientierung für den eigenen Lebensverlauf. Wie ich bereits unter Kapitel 3.3.3.1 erörtert habe, beinhalten diese Metaphern keine Aussage darüber, wie das Wachsen und Gedeihen ausgestaltet werden soll. In erster Linie sind diese Metaphern rein deskriptiv als Tatsachen zu werten und besitzen insofern keinen normativen Verpflichtungscharakter. Diese Reflexion über die natürliche Grenze der Fortpflanzung deutet auf die persönlich bevorzugte Position der Autorin und des Autors hin, allerdings erwächst daraus keine ethische Konsequenz im Sinne einer normativen Präskription.

Eichinger und Bittner gehen der Frage nach, inwiefern die Überschreitung der natürlichen Grenze der Menopause nicht etwa die Bedingungen der weiblichen Fortpflanzung und somit der *conditio humana* grundlegend verändere. Diese Art der „Verfügbarmachung“

von vorher „noch nie Dagewesene[m]“ wird von Eichinger und Bittner kritisiert (Eichinger und Bittner 2010, S. 29 f.). Genauso wie in der zuvor geschilderten Position schlagen der Autor und die Autorin vor, die Menopause als sinnstiftende und das eigene Leben befriedende natürliche Grenze wahrzunehmen (ebd.). Inwiefern das „Verfügbarmachen einer natürlichen Grenze“ durch Biotechnologien erstrebenswert ist, fragen Eichinger und Bittner kritisch (ebd.). Der Verfügbarkeitsrahmen für eine gestationale Mutterschaft hat sich seit der Eizellspende tatsächlich verändert. Wie grundlegend verändert sich die „Conditio humana“, wie Eichinger und Bittner schreiben, allerdings wirklich, wenn Frauen später Kinder bekommen können? Dass Frauen die natürliche Grenze als sinnstiftend anerkennen können, ist eine mögliche Option. Dieses Argument pauschal gegen postmenopausale Schwangerschaften ins Feld zu führen, entspricht allerdings einem naturalistischen Fehlschluss. In einer Gesellschaft, in der natürliche Grenzen ständig überschritten werden, können sowohl Grenzüberschreitungen als auch das Einhalten von Grenzen normativ begründete Handlungen darstellen. Der Verweis auf eine Grenze reicht also nicht aus, um das Einhalten der Grenze argumentativ zu begründen.

Die Debatte über die späte und postmenopausale Mutterschaft bei KOMI

Immer häufiger entscheiden sich Frauen dazu, ihre Mutterschaft auf einen späteren Lebenszeitpunkt zu verschieben. Wissenschaftler*innen diskutieren diese gesellschaftliche Tendenz unter medizinischen, soziodemographischen und philosophischen Aspekten. Unter medizinischen Gesichtspunkten wird späte Mutterschaft insbesondere mit einem Fokus auf erhöhte Risiken körperlicher und psychischer Schäden verhandelt (zu den medizinischen Aspekten später bzw. postmenopausaler Mutterschaft siehe Kapitel 3.1.3). Dies zeigt sich auch in der Debatte um KOMI. Die späte und postmenopausale Mutterschaft wird mit der „natürlichen Schwangerschaft“, also der Schwangerschaft im Zeitfenster der Fruchtbarkeit, verglichen. Ebenso wird bei der Diskussion um späte Mutterschaft häufig auf Normalitätsvorstellungen rekurriert, welche mit einer normativen Bewertung versehen werden. Beispiele hierfür sind die Vorstellung einer jungen Mutter als gute Mutter, von der Hauptverantwortlichkeit der Mutter für die Erziehung des Kindes oder von Gebrechlichkeit im hohen Lebensalter. Diese Normalitätsvorstellungen gilt es in Bezug auf ihre normative Aussagekraft kritisch zu hinterfragen.

In der moralphilosophischen Debatte zu später Mutterschaft werden insbesondere die Auswirkungen postmenopausaler Mutterschaft thematisiert. Postmenopausale Mutter-

schaft wurde erstmals intensiv mit der Möglichkeit zur Eizellspende diskutiert⁷⁰. Die Argumente aus der Diskussion um die postmenopausale Mutterschaft bei Eizellspende und um KOMI überlappen sich. Diese Parallelen sind insofern äußerst instruktiv, als in der angloamerikanischen Debatte über postmenopausale Mutterschaft bereits wichtige Argumente erörtert wurden. Deshalb werde ich auch in der Diskussion um KOMI auf diese Argumente Bezug nehmen.

Ich werde bei den im Folgenden vorgestellten Argumenten insbesondere auf implizite Verwendungen des Natürlichkeitsarguments oder von Normalitätsvorstellungen hinweisen.

⁷⁰Die medizinische Möglichkeit der postmenopausalen Mutterschaft durch Eizellspende forcierte die ethische Diskussion und die Auseinandersetzung mit der moralischen Bewertung von postmenopausaler Mutterschaft in den 1990er Jahren (de Wert 1998; Parks 1999; Pennings 2001). Im Gegensatz zu Ländern wie England und den Niederlanden, in denen die Diskussion intensiv geführt wurde, war postmenopausale Mutterschaft in Deutschland durch das Verbot der Eizellspende lange Zeit ein *non issue* (de Wert 1998). Diese Situation hat sich mit der Verbesserung der Technik der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen verändert. Post-menopausale Mutterschaft wird in Bezug auf KOMI erneut diskutiert und auch im deutschsprachigen Raum stärker in den Fokus einer moralischen Beurteilung gerückt. Innerhalb der Diskussion um postmenopausale Mutterschaft bei Eizellspende finden sich fast alle Argumente, die auch in der Debatte über KOMI vorgebracht werden. Gleichheit und Autonomie beispielsweise werden ebenso in der Debatte über postmenopausale Mutterschaft diskutiert wie die Risiken für Mutter und Kind. Auch das Argument der Natürlichkeit wird vorgebracht. Im Unterschied zur Debatte über KOMI wird bei der Diskussion um postmenopausale Mutterschaft durch Eizellspende überdies die Frage nach der gerechten Verteilung von Ressourcen aufgeworfen (Pennings 2001; Goold 2005).

Kompetenzen und Lebenskonzeptionen der Eltern bei einer späten Mutterschaft

Häufig wird die Kompetenz der Eltern, noch im hohen Alter emotional und körperlich der Erziehung ihres Kindes gewachsen zu sein, in Frage gestellt. In der Diskussion um KOMI kritisieren Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev beispielsweise den großen Altersunterschied zwischen Mutter und Kind, fragen, inwiefern die ältere Mutter noch körperlich und psychisch dazu in der Lage sein könne, sich um ein Kind zu sorgen und danach, was mit dem Kind passiere, wenn es einen Elternteil verlieren sollte:

„A large age difference between mothers and their children raises a number of concerns about the good of the child, besides a greater medical risk of genetic disorders and being born underweight. For example, will the mother be able to fulfil her maternal role as the years go by? Will she not be less energetic than a young mother? And eventually, what are the chances that the child will lose its mother, or become her carer, at a relatively young age?“ (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012, S. 156).

Abgesehen davon, dass sich das Risiko genetischer Erkrankungen durch KOMI nicht vergrößern, sondern sich im Gegenteil sogar verkleinern würde, werden hier die grundsätzlichen Bedenken einer späten Mutterschaft mit Bezug auf stereotype Vorstellungen des Alters reproduziert. Die Verknüpfung von Alter mit Degeneration und Abhängigkeit sind typische verallgemeinernde Annahmen, welche allerdings nicht mit empirischen Daten oder genaueren Aussagen begründet werden, sondern allein über die Suggestion einer gebrechlichen Person wirken.

Die australische Bioethikerin und Juristin Imogen Goold betont dagegen, dass körperliche Fitness allein nicht ausschlaggebend für eine gute Versorgung von Kindern sei. Lebenserfahrung, eine stabile Beziehung, Zuneigung und finanzielle Sicherheit können sich positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken (Goold 2005, S. 38). Goold macht damit deutlich, wie wir mit unserer positiv bewerteten Vorstellung von Jugendlichkeit bestimmte Kriterien für die Erziehung als bedeutend, andere als weniger bedeutend für eine gute Kindheit ansehen, ohne dabei auf weitere Argumente oder empirische Studiendaten zu rekurrieren, die verdeutlichen, warum diese Kriterien als relevant gelten.

Bittner und Müller untersuchen die mögliche Motivation der Frauen, sich für eine späte Mutterschaft zu entscheiden (Bittner und Müller 2010). Eine späte Mutterschaft sei nur „auf den ersten Blick“ als eine Bereicherung des Lebens zu bewerten (ebd., S. 38). Vor dem Hintergrund anthropologischer Ethik müsse die Lebenskonzeption der Frau, die es nicht schaffe, Arbeit und Kind miteinander zu verbinden, hinterfragt werden. Ein Kind müsse ein integrativer Teil des Lebens sein und kein „disponibles Element“ der Lebensplanung

(ebd.). Bittner und Müller zweifeln daran, dass die Idee eines erfüllten Lebens durch ein Kind zu einem späten Lebenszeitpunkt authentisch sein kann:

„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 – und wie authentisch ein solcher Wandel vor dem Hintergrund einer kohärenten Lebensführung ist“ (ebd., S. 39).

Diese Position vertritt in ähnlicher Weise auch die Philosophin Angel Petropanagos. Sie verweist in Hinblick auf späte Mutterschaft auf „verformte Wünsche“ (*deformed desires*) und eine „unangemessene selbstbezogene Einstellung“ (*inappropriate self-referring attitudes*), die Frauen dazu verleite, sich für eine späte Mutterschaft zu entscheiden (Petropanagos 2013, S. 176 f.).

In diesen Zitaten wird die Ausrichtung der Negativbewertung der postmenopausalen Mutterschaft an einer impliziten Normalitätsvorstellung der Mutterschaft in jungen Jahren bzw. innerhalb der Fertilitätsspanne deutlich. Der späte Kinderwunsch wird in seiner Authentizität angezweifelt. Die Frau wird gewissermaßen rechenschaftspflichtig. Ein in frühen Jahren als selbstlos empfundener Kinderwunsch wird bei der älteren Frau zur egoistischen Bereicherung oder verformten Sehnsucht. Diese Vorannahmen müssen meines Erachtens jedoch nicht auf Frauen mit einem späten Kinderwunsch zutreffen. Insbesondere in Bezug auf KOMI lassen die Autor*innen unbeachtet, dass junge Frauen sich für ein solches Verfahren entscheiden, eben weil sie einen Kinderwunsch haben, der zum Zeitpunkt des Einfrierens der Eizellen nicht erfüllt werden kann. Eine egoistische Entscheidung ist darüber hinaus nicht gleich zu bewerten mit einer moralisch schlechten Entscheidung (Cutas 2007). Die Entscheidung, ein Kind zu bekommen, kann eine selbstlose oder egoistische Entscheidung sein. Darüber hinaus bleiben bei einer solchen Darstellung entscheidende Bedingungen wie die eigene körperliche und psychische Konstitution oder das familiäre Netz, die für eine moralische Bewertung von Relevanz sind, unbeachtet.

Die Philosophin Angel Petropanagos weist auf einen weiteren wichtigen Punkt in der Debatte über späte Mutterschaft und KOMI hin: das Zusammenspiel mehrerer Faktoren bei einer Entscheidung bezüglich des Kinderwunsches. Die Entscheidung für ein Kind wird immer innerhalb eines komplexen sozialen und politischen Systems getroffen:

„The claim that women could just fix the problem and that they could simply choose to do otherwise boast ignorance of the social structures that shape, confine and influence the choices women make“ (Petropanagos 2010, S. 228).

Petropanagos nennt mehrere Einflüsse, welche die Entscheidungen von Frauen lenken. Frauen ohne Partner*in mit Kinderwunsch haben aufgrund abnehmender Fertilität nur ein schmales Zeitfenster, in dem sie diesen verwirklichen können. Gesellschaftliche Normen beinhalten das Ideal der Kernfamilie mit genetisch eigenen Kindern. Alternative Konzepte der Elternschaft werden dagegen kritisch bewertet. Petropanagos betont, dass Fortpflanzungsentscheidungen von Männern soziopolitisch und soziodemographisch kaum diskutiert werden. Dabei würden Männer ihre Entscheidungen für ein Kind immer später im Leben treffen. Auch Frauen müssten deshalb ihre Fortpflanzungsentscheidungen verschieben (ebd., S. 229).

Späte Mutterschaft wird mit Bezug auf die Frage der Verantwortung für diese Entscheidung sehr auf die Frau zentriert betrachtet. Das Verschieben des männlichen Kinderwunsches wird zwar in soziodemographischer Hinsicht registriert, allerdings wird die Verantwortung, also die moralische Dimension später Vaterschaft ungleich seltener diskutiert als dies bei später Mutterschaft der Fall ist⁷¹. Dem Mann kommt jedoch gleichwohl Verantwortung zu, sich für ein Verschieben des Kinderwunsches zu entscheiden. Insofern finden wir hier ein traditionelles Rollenverständnis von der größeren Verantwortung der Frau für die (späte) Fortpflanzung (Connell 2009, S. 82). Das spiegelt sich auch in der medizinischen Literatur wider. Während bis zum Jahr 2014 insgesamt 109 wissenschaftliche Artikel zu den Risiken später Mutterschaft erschienen, waren es nur 17 zu später Vaterschaft (siehe Kapitel 3.1.3).

Ich stimme Petropanagos grundsätzlich zu, dass das Familienideal der Kernfamilie mit genetisch eigenem Kind durch die Reproduktionsmedizin bestätigt und verstärkt werden kann. Ob es jedoch zu dieser Verstärkung kommt und Möglichkeiten gelebter Alternativen wie Adoption oder Kinderlosigkeit weniger anerkannt werden, bedarf genauer soziologischer Untersuchung und eventuell einem Entgegenwirken durch soziopolitische Eingriffe⁷² (Hornstein und Holzauer 2001). Auch viele andere Faktoren wie die sich verändernden Geschlechterverhältnisse oder die Globalisierung beeinflussen die Familienvorstellungen, und zwar in einem so hohen Maße, dass die Monopolstellung der Kernfamilie mit einem genetisch eigenen Kind nicht länger als ausgemacht gelten kann (Beck-Gernsheim 2010, S. 26 ff.). Wertungen wie „normal“ oder „abweichend“ machen in

⁷¹ Soziodemographischen Daten zur Geburtenstatistik werden anhand der Formel „Kinderzahl pro Frau“ präsentiert. Der Mann gerät dabei in soziodemographischen Darstellungen als Einflussfaktor für ein Verschieben der Mutterschaft in den Hintergrund, häufiger wird die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf im Hinblick auf die Frau thematisiert (z.B. Kröhnert et al. 2006; Sobotka 2009).

⁷² Dieses Gegensteuern kann sowohl etwa in Form einer Beratung mit Hinweis auf Alternativen beispielsweise im Rahmen einer Kinderwunschberatung erfolgen als auch eine Überarbeitung des Adoptionsrechts implizieren.

Bezug auf die tatsächlich gelebten Familienformen heutzutage wenig Sinn, Familienbiografien sind vielgestaltig, weisen Brüche auf, Familien werden mit verschiedenen Partner*innen im Laufe des Lebens begründet, Paare leben mit Kindern oder bleiben kinderlos (ebd., S. 34).

Obere Altersgrenze für KOMI⁷³

In der Diskussion um späte oder postmenopausale Mutterschaft bei KOMI wird von einigen Autor*innen eine obere Altersgrenze gefordert. Häufig wird als Begründung das hohe Risiko der Kinder, früh einen Elternteil zu verlieren, vorgebracht.

Dondorp und de Wert plädieren beispielsweise aufgrund von widersprüchlichen Forschungsergebnissen zu den Schwangerschaftsrisiken und der unklaren psychosozialen Entwicklung des zukünftigen Kinds für eine obere Altersgrenze von 50 Jahren (Dondorp und de Wert 2009, S. 3). Es gehe, so die Autoren, nicht darum, Schwangerschaften jenseits des Alters von 55 oder 60 Jahren zu ermöglichen, sondern um die Option von Frauen, sich einige „Extra-Jahre“ zu ermöglichen, in denen sie ein eigenes Kind bekommen können (ebd.). Die von Dondorp und de Wert angegebenen Gründe für eine Altersbegrenzung, nämlich die widersprüchlichen Ergebnisse und die unklare psychosoziale Entwicklung, sind allerdings unbefriedigend, da zu vage, um damit für eine starre obere Altersgrenze von 50 Jahren zu plädieren. Alter an sich ist kein eindeutiges Bewertungskriterium. Eine Altersgrenze müsste daher besser begründet werden als mit dem Verweis auf widersprüchliche Studienergebnisse, die ja eben keine eindeutigen Schlussfolgerungen zulassen. Alter, so der Philosoph Guido Pennings, beinhaltet immer sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Aspekte (Pennings 2001). Er betont, dass mit dem Alter als Kriterium häufig nicht-medizinische Aspekte auf vermeintlich rationale Art und Weise als medizinische Argumente dargestellt werden (ebd., S. 171). Auch in der Position von Dondorp und de Wert scheint es, dass die Autoren nicht über eine Schwangerschaft jenseits des Alters 60 verhandeln möchten, dies allerdings sowohl normativ als auch empirisch nicht ausreichend begründen.

Goold und Savulescu positionieren sich gegen ein Alterslimit bei KOMI. Sie führen einige Studien an, beispielsweise zu elterlichem Stress im Alter und zu den Gründen, warum Eltern den Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes verlagern (Steiner und Paulson 2007; Hall 1999). Aus diesen Studien ließen sich kein vermehrter elterlicher Stress oder

⁷³ Streng genommen müsste es sich hierbei um eine obere Altersgrenze für IVF handeln, da die Kryokonservierung nur das Einfrieren und Auftauen beinhaltet. Der Einfachheit halber zähle ich zu KOMI in dieser Arbeit auch die darauf folgenden Interventionen, wozu auch die IVF und anschließende Übertragung des Embryos in den Uterus zählt.

unverantwortliche Entscheidungen für ein Kind im höheren Lebensalter ableiten (Goold und Savulescu 2009, S. 55). Daraus schlussfolgern sie:

„Age-based objections to women postponing childbearing through egg freezing are also discriminatory, against the women’s age and their gender. Age is only one predictive factor for time of death: there are plenty of others, such as drug-taking, extreme sports, a dangerous job, genetic predisposition to dying young, terminal illness, and the vicissitudes of life. If we do not discriminate based on these risks, then is it unreasonable to discriminate based on age and the increased likelihood that women who have children later in life will die when the child is young“ (Goold und Savulescu 2009, S. 55).

Alter könne also nur ein Grund dafür sein, zu sterben, neben einer Vielzahl anderer Gründe, die nicht direkt aus dem Alter abgeleitet werden können, wie beispielsweise Drogenkonsum, Extremsport oder genetische Erkrankungen. Ähnlich argumentieren die Philosophin Jennifer Parks und die Bioethikerin Daniela Cutas in der Debatte um postmenopausale Mutterschaft nach Eizellspende. Auch wenn Erkrankungen wie Diabetes oder ein risikoreicher Arbeitsplatz die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass ein Elternteil stirbt, werden solche Personen nicht konsequent davon abgehalten, ein Kind zu bekommen, betont Parks (Parks 1999, S. 84). Auch Daniela Cutas betont, dass, diesem Argument folgend, jede Elternschaft mit einem höheren Risiko der Eltern, zu sterben, reguliert werden müsse (Cutas 2007, S. 459). Mütterliches Alter ist also, anknüpfend an die hier vorgebrachten Argumente, nur ein Grund unter vielen für ein erhöhtes Risiko zu sterben.

Goold und Savulescu verweisen auf den moralischen Unterschied zwischen einem schicksalhaften Ereignis des Todes einer Mutter in jungen Jahren und dem wahrscheinlichen Todes einer Frau im hohen Alter, die ein Kind bekommen möchte. Goold und Savulescu schlagen deshalb vor, dass sehr alten Personen die Befruchtung ihrer Eizellen nach KOMI nicht mehr ermöglicht werden sollte. Allerdings müsste, so Goold und Savulescu, diese Entscheidung von Fall zu Fall getroffen werden (Goold und Savulescu 2009, S. 55). Diese Option halte ich aufgrund der unterschiedlichen Situationen und Konstitutionen, in denen sich Frauen oder Paare mit einem Kinderwunsch befinden, für überzeugend.

Auch andere Autorinnen und Autoren beziehen sich auf den Verlust eines Elternteils als Begründung dafür, KOMI zu begrenzen (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012, S. 156; Bittner und Müller 2010, S. 39). Das Alter der Frau könne ein guter Grund sein, um mit

Bezug auf das Wohlergehen des Kindes von einer Schwangerschaft abzuraten.⁷⁴ Im höheren Alter zu sterben ist tatsächlich wahrscheinlicher, betrifft allerdings Männer und Frauen gleichermaßen (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b). Es wäre also, dieser Argumentationslinie folgend, notwendig auch die Fortpflanzung älterer Männer zu problematisieren.

Einen etwas anderen Zugang zur Diskussion um eine Altersbegrenzung von KOMI wählt Petropanagos (Petropanagos 2013). Ihr Ausgangspunkt ist die Altersdiskriminierung von Frauen. Im Kontext von Fortpflanzung existieren viele Stereotype und Vorurteile bezüglich des Alters, so Petropanagos (ebd., S. 158). Jüngere Frauen werden als gesunde und angemessene Kandidatinnen für Mutterschaft gesehen. Petropanagos kritisiert die Annahme, jüngere Mütter seien gesündere Mütter. Einige Frauen könnten, so Petropanagos, mit 51 Jahren gesünder sein als andere mit 49. Der systematische Ausschluss von älteren Frauen von KOMI privilegiere daher jüngere Frauen. Dies sei zwar eine Möglichkeit, medizinische Leistungen oder Ressourcen zu verteilen, allerdings unter ungerechten Verteilungsmodalitäten, da die Begründung wenig plausibel sei (ebd.). Allein mit dem Alter dürften deshalb Begrenzungen von KOMI nicht gerechtfertigt werden.

Diese Position kann durch die Argumentation der Philosophin Jennifer Parks im Rahmen der Diskussion um postmenopausale Mutterschaft nach Eizellspende gestützt werden. Parks führt die negative Bewertung postmenopausaler Mutterschaft auf stark normierte Vorstellungen von Mutterschaft und menschlicher Fortpflanzung in westlichen Kulturen zurück (Parks 1999, S. 82). Die Normalvorstellung, dass Frauen nach der Menopause unfruchtbar seien, führe zu der Bewertung, dass Frauen, die postmenopausal ein Kind bekommen, unmoralisch handeln und die Norm verletzen. Diese Normen der Mutterschaft, so Parks, seien jedoch nicht unveränderlich und abhängig vom Bewertungskontext. Die Menopause kann bereits ab Mitte 30 eintreten. Ebenso ist es noch mit 55 Jahren möglich ohne Hilfsmittel schwanger zu werden. Die Fertilitätsspanne unterliegt also großen Schwankungen. Die negative Bewertung postmenopausaler Mutterschaft ist laut Parks ein Begründungsmuster einer kulturellen Norm, in der sich biologische Fakten mit altersdiskriminierenden Stereotypen und Vorurteilen vermischen (ebd., S.83). Eine Grenze für KOMI bei ca. 50 Jahren mit dem Verweis auf die normalerweise dann eintretende Menopause entspreche einem normalistischen Fehlschluss und sei als Begründung für eine Altersbegrenzung von KOMI nicht ausreichend.

⁷⁴ Hier überschneidet sich der Inhalt dieses Kapitels mit dem Inhalt des Kapitels Kindeswohl. Die ausführliche Besprechung dieser Positionen findet sich unter Kapitel 3.3.4.4.

Petropanagos problematisiert dennoch die Entscheidung von Frauen für eine späte und postmenopausale Schwangerschaft. . Frauen würden sich aufgrund von gesellschaftlichen Wertvorstellungen wie einem Pronatalismus⁷⁵, Biologismus⁷⁶ und Jugendlichkeitsideal der Frau dazu entschließen, auch im fortgeschrittenen Alter noch ein Kind zu bekommen. Diese Wertvorstellungen würden Frauen jedoch in dreifacher Hinsicht diskriminieren (Petropanagos 2013, S. 151). Daher werde die Entscheidung der Frauen nicht nur aus eigener Überzeugung heraus getroffen, sondern sei auch von der Vorstellung geleitet, diese Formen der Diskriminierung zu vermeiden (ebd.).

Die Sorge vor Altersdiskriminierung und Pronatalismus reicht laut Petropanagos nicht aus, um einen moralischen Unterschied zwischen jüngeren und älteren Frauen in der Verwendung von KOMI zu begründen. Allerdings vertritt die Autorin die Position, dass alle Argumente gegen eine späte Mutterschaft zusammen betrachtet dennoch generalisierende Aussagen über das Alter zuließen und Alter somit als moralisch relevantes Kriterium geltend gemacht werden könne (ebd., S. 159). Petropanagos hält überdies die hohen körperlichen Risiken bei der Verwendung von IVF im fortgeschrittenen Alter für ein Argument, um KOMI zu begrenzen. Sie räumt allerdings auch ein, dass diese erhöhten Risiken in bestimmten Situationen auch durch den besonderen Wert von Schwangerschaft und Elternschaft wieder aufgewogen werden können (ebd., S. 164). Damit erkennt Petropanagos an, dass die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Intervention auch abhängig von der subjektiven Bewertung des Risikos und der Zielsetzung ist.

Ein entscheidendes Argument dafür, dass Alter aus moralischer Perspektive ein relevantes Kriterium zur Begrenzung von KOMI darstellt, sieht Petropanagos also in der beeinträchtigten Autonomie der älteren Frauen, die sich für KOMI entscheiden. Diese hätten die gesellschaftlichen Normen von Pronatalismus und Altersdiskriminierung verinnerlicht, wodurch ihre autonome Entscheidung behindert würde. Solche Normvorstellungen hätten einen starken Einfluss auf ältere Frauen (ebd., S. 165). Sie könnten dazu führen, dass Frauen sich allein aufgrund des Angebots für ein Kind im fortgeschrittenen Alter entscheiden. Andere Frauen müssten sich dann nach der

⁷⁵ Unter Pronatalismus versteht die Autorin die einseitig positive Bewertung von Mutterschaft und die gesellschaftliche Sanktionierung von Kinderlosigkeit bei Frauen. Petropanagos unterscheidet in ihrer Analyse vier Argumente, die den feministischen Pronatalismus begründen (Petropanagos 2013). (1) Die Mutterschaft, also das Gebären von Kindern, wird alternativlos an die Identität der Frau gebunden, (2) Mutterschaft ist Zwang, da Frauen, welche kinderlos sind (gewollt oder ungewollt), sozialem Druck ausgesetzt sind, (3) Frauen sollen Männern die genetisch eigene Nachkommenschaft sichern, (4) patriarchaler Pronatalismus erhält stereotype Bilder von Weiblichkeit und Mutterschaft aufrecht und unterstützt damit Sexismus.

⁷⁶ Unter Biologismus versteht Petropanagos die Aufwertung eines genetisch eigenen Kindes im Vergleich zu anderen Alternativen wie der Adoption oder Kinderlosigkeit. Ich werde im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter darauf eingehen.

Menopause dafür rechtfertigen, dass sie kein Kind bekommen wollen, und dies obwohl nicht jeder Körper die gleichen Fähigkeiten aufweise, eine Schwangerschaft im hohen Alter zu bewältigen (ebd., S. 170). Daher schlussfolgert Petropanagos:

„Upper age limits on women’s access to assisted reproductive technologies can be a way to show respect for older women’s bodies and promote the valuing of old age, as *valuable in itself*“ (Petropanagos 2013, S. 174, Hervorhebungen im Original)

Die Autorin bewertet eine Altersbegrenzung bei KOMI als ein „symbolisches Ende der reproduktiven Lebensspanne der Frau“ und somit als Möglichkeit, sich von dem Druck befreien zu können, sich fortpflanzen zu müssen (ebd., S. 176).

Zusammenfassend lässt sich die Position von Petropanagos wie folgt darstellen: Sie beschreibt zwar die unterschiedlichen Dimensionen von Altersdiskriminierung und bewertet chronologisches Alter als ein ungenaues Kriterium. Eine Altersgrenze für KOMI könnte allerdings mit den hohen körperlichen Risiken einer späten Schwangerschaft sowie der beeinträchtigten Autonomie der Frau im Alter begründet werden. Der Schaden einer späten Mutterschaft sei daher höher als ihr Nutzen (ebd., S. 171). Für eine Altersgrenze schlägt Petropanagos das Alter von 60 Jahren vor (ebd., S. 172).

Wie ich unter 3.3.3.2 dargestellt habe, ist die Vorstellung von der generell altersdiskriminierten Frau zu eindimensional. Die Wahrnehmung von Alter ist sehr komplex und sowohl mit negativen als auch mit positiven Stereotypen assoziiert. Altersdiskriminierung besteht in Deutschland insbesondere zwischen sozialen Schichten und nicht nur aufgrund des Geschlechts. Ich halte daher die Begründung von Petropanagos, dass sich Frauen aufgrund eines Jugendlichkeitsideals für eine späte Mutterschaft entscheiden, für unplausibel. Pronatalismus und Biologismus sind Phänomene, die alle Frauen (und Männer) einer Gesellschaft gleichermaßen betreffen. Dass ältere Frauen stärker durch gesellschaftliche Normen wie Pronatalismus und Biologismus beeinflusst werden, ist eine Annahme, die Petropanagos nicht weiter belegt. Erklärungsversuche könnten sein, dass die Autorin dies entweder auf eine längere Konfrontation mit gesellschaftlichen Vorstellungen, welche die Frau unterdrücken, zurückführt oder eine größere Identifikation der Frauen mit traditionellen Werten von Mutterschaft und Weiblichkeit als Ursache ansieht. Plausibel macht sie dadurch aber nicht, warum Frauen sich gerade für eine späte Mutterschaft mit KOMI entscheiden sollten. Die Widersprüchlichkeit der Aussagen von Petropanagos zeigt sich in der Ablehnung chronologischer Altersgrenzen einerseits und der Vorstellung von einem notwendigen, jedoch nicht vorhandenem, Respekt vor dem weiblichen Körper im hohen Lebensalter andererseits, den sie als Begründung für eine letztlich doch allgemeingültige Altersgrenze

vorbringt. Hierbei handelt es sich meines Erachtens letztendlich doch um eine von Normalitätsvorstellungen geleitete Beurteilung später Mutterschaft, nicht um eine fundierte Argumentation für eine Altersgrenze bei KOMI.

Eine ähnliche Bewertung wie bei Petropanagos findet sich bei Tobias Eichinger und Uta Bittner (Eichinger und Bittner 2010). Auch sie verweisen darauf, dass das Jugendlichkeitsideal der Grund dafür sein könne, noch im hohen Lebensalter ein Kind bekommen zu wollen (ebd., S. 22 f.). Frauen würden, so Eichinger und Bittner, aufgrund der bestehenden Möglichkeit einer postmenopausalen Mutterschaft unter „Rechtfertigungsdruck“ geraten zu begründen, warum sie sich gegen eine Schwangerschaft im hohen Lebensalter entscheiden (ebd., S. 29). Dass allerdings die späte Mutterschaft zwangsläufig der Norm der Jugendlichkeit entsprechen soll und Frauen deshalb unter Rechtfertigungsdruck geraten sollten, ist meines Erachtens nicht ausreichend begründet. Denn gerade ältere Mütter können im Gegenteil verstärkt dem Druck ausgesetzt sein, sich für die späte Mutterschaft rechtfertigen zu müssen.

3.3.3.5 *Zwischenfazit*

In der Debatte um KOMI und späte Mutterschaft kommen sowohl Natürlichkeitsargumente als auch implizite Normalitätsvorstellungen zum Ausdruck. Der natürlichen Schwangerschaft kommt dabei ein „Positivbonus“ zu (Birnbacher 2006), der mit verschiedenen Normalitätsvorstellungen verknüpft eine Schablone für Negativbewertungen der späten und postmenopausalen Schwangerschaft bietet. ‚Natürlichkeit‘ kann in Bezug auf späte Mutterschaft nicht unmittelbar als Norm, sondern nur als Orientierung für die und als Maßstab zur Überprüfung der eigenen Werte dienen. Die Menopause reicht jedoch als Begründung nicht aus, um reproduktionsmedizinische Maßnahmen einzuschränken. Es entspricht einem naturalistischen Fehlschluss, aus der (zeitlich ohnehin variablen) Menopause ohne weitere Begründung eine normative Aussage abzuleiten.

Die Kompetenzen von Eltern im höheren Lebensalter werden angezweifelt, weil ihnen körperliche Schwäche und psychische Labilität unterstellt wird. Auffällig ist dabei zum einen die Ungenauigkeit der Darstellung dessen, was unter höherem Lebensalter zu verstehen ist. Die positiv bewertete Vorstellung von Jugendlichkeit führt zum anderen dazu, dass bestimmte Kriterien wie die körperliche Fitness der Eltern für die Erziehung als bedeutsam angesehen werden, obwohl sie aus normativer Sicht kein entscheidendes Kriterium für das Wohl des Kindes darstellen müssen. Körperliche Fitness allein ist nicht ausschlaggebend für eine gute Versorgung von Kindern. Die feste Verknüpfung von Alter mit einer bestimmten körperlichen Konstitution ist auf ein vereinfachtes Verständnis von Alter zurückzuführen. Die postmenopausale Mutter, die im höheren Alter für ein Kind sorgen muss, ist nicht grundsätzlich körperlich oder psychisch dazu unfähig. Studien widerlegen diese Annahmen (Hall 1999; Steiner und Paulson 2007). Diese negative Bewertung entspricht vielmehr einem Begründungsmuster der kulturellen westlichen Norm von Mutterschaft.

Die Sorge vor Altersdiskriminierung wird in der Diskussion in zweierlei Hinsicht als Argument vorgebracht: erstens, um zu begründen, dass die pauschale Abwertung von Alter den unterschiedlichen Lebenssituationen der jeweiligen Personen nicht gerecht wird, denn Alter stellt aufgrund der möglichen Diskrepanz zwischen biologischem und chronologischem Alter kein eindeutiges Kriterium für die moralische und medizinische Bewertung der Situation der Frau dar. Zweitens wird allerdings auch auf die besondere Diskriminierung der Frau im Alter hingewiesen, durch die sie sich zu Fortpflanzungsentscheidungen genötigt sehen kann, um einem Ideal der Jugendlichkeit zu entsprechen.

Die Gefahr einer Bagatellisierung des Alters und seiner Folgen ist tatsächlich bei der Verwendung von KOMI im hohen Lebensalter nicht von der Hand zu weisen. Allerdings führt diese Position in ihrer extremen Ausprägung dazu, eine Gruppe von Menschen eines bestimmten Lebensalters oder Lebensabschnitts pauschal zu bewerten, obgleich der Verweis auf Alter allein ein solches Urteil nicht erlaubt. Daher halte ich das Argument für unzureichend, um die Verwendung von KOMI zu begrenzen.

Einige Autor*innen argumentieren für ein Höchstalter für KOMI. Begründungen sind die Menopause als natürliche Grenze, körperliche Risiken, das Kindeswohl oder eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit im Alter. Alter ist jedoch nur ein Grund dafür, zu sterben, neben einer Vielzahl anderer Gründe, die nicht direkt aus dem Alter abgeleitet werden können, wie beispielsweise Drogenkonsum, Extremsport, bestimmte Lebensweisen oder genetische Erkrankungen. Wenn eine Altersgrenze von 50 Jahren mit der normalerweise dann eintretenden Menopause begründet wird, entspricht dies sowohl einem naturalistischen als auch einem normalistischen Fehlschluss. Zwar werden Pronatalismus, Biologismus und Altersdiskriminierung als relevante gesellschaftliche Tendenzen vorgebracht, welche vorgeblich insbesondere ältere Frauen zu einer Entscheidung für ein Kind nötigen. Doch handelt es sich bei Altersdiskriminierung um ein zu komplexes Phänomen, um daraus eine Altersgrenze abzuleiten.

Zwei Gründe können meines Erachtens eine Ablehnung fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen im Alter rechtfertigen: ein zu hohes Risiko für Komplikationen bei der Frau auf der einen und die Gefährdung des Kindeswohls auf der anderen Seite. Ab wann das Risiko für Komplikationen als zu hoch eingeschätzt wird, hängt vom körperlichen Allgemeinzustand der betreffenden Person sowie von deren subjektiver Bewertung ab. Eine starre Altersgrenze ist nicht zu rechtfertigen, weil das chronologische Alter keine eindeutigen Aussagen erlaubt und weil Frauen das mit einer Schwangerschaft für sie persönlich verbundene Risiko jeweils unterschiedlich bewerten. Wird die Gefahr eines frühen Verlusts der Eltern als Kriterium verwendet, um Fortpflanzungsentscheidungen im Alter zu begrenzen, muss dieses allerdings konsequenterweise für Männer wie für Frauen gelten und darf nicht nur zu einer einseitigen Begrenzung fortpflanzungsmedizinischer Maßnahmen für Frauen Anlass geben.

3.3.4 KINDESWOHL

Das ‚Kindeswohl‘ dient als weiterer wichtiger Maßstab in der ethischen Diskussion über die moralischen Rechte des Kindes. Eltern können bereits präkonzeptionell Entscheidungen über die Lebenssituation und damit das Wohl des zukünftigen Kindes treffen. Durch neue reproduktionsmedizinische Möglichkeiten erhält auch die medizinethische Auseinandersetzung mit dem Begriff Kindeswohl Brisanz. Das Argument des Kindeswohls aus allgemeinethischer Perspektive sowie in der Debatte über KOMI soll im folgenden Abschnitt beleuchtet werden⁷⁷.

3.3.4.1 *Das Argument Kindeswohl*

Kindeswohl ist ein Begriff, der dem juristischen Kontext entstammt. Es ist ein unterbestimmter Rechtsbegriff, der in richterlichen Entscheidungen jeweils ausgelegt werden muss (Dettenborn 2010, S. 47). Der Rechtspsychologe Harry Dettenborn schlägt aus familienrechtspsychologischen Gesichtspunkten folgende Definition des Kindeswohls vor: „[D]ie für die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes oder Jugendlichen günstige Relation zwischen seiner Bedürfnislage und seinen Lebensbedingungen“ (ebd., S. 50).⁷⁸ Bestandteil dieser Definition sind einerseits die psychologischen Bedingungen für eine Persönlichkeitsentwicklung und andererseits der Verweis auf die Möglichkeiten, die sich im konkreten Lebensumfeld ergeben. Relevant ist, dass diese Definition sowohl objektive als auch subjektive Kriterien miteinander verbindet.

Der Jurist Michael Coester sprach bereits 1983 von einer schwierigen Diskussion über die inhaltliche Bestimmung des Begriffs, da dem Kindeswohl sowohl im juristischen wie auch im „multidisziplinären Austausch“ unterschiedliche Konzeptionen mit „stillschweigenden Prämissen“ zugrunde gelegt werden (Coester 1983, S. 60). Dass Kindeswohl als

⁷⁷ Im Kapitel 3.1.2 werden die Daten zu Outcome und möglichen Risiken des Verfahrens KOMI für das Kind unter medizinischen Gesichtspunkten diskutiert. Die medizinethische Diskussion beinhaltet die Auseinandersetzung mit diesen Daten, geht allerdings über diese hinaus, beispielsweise in Hinblick auf die Frage, welche familiären Bedingungen für das Wohl des Kindes gegeben sein sollten.

⁷⁸ Dettenborn nimmt in seiner Arbeit eine umfassende Unterscheidung von Kindeswohl und Kindeswille vor. Da in dieser Arbeit der Fokus auf die Analyse des Kindeswohls in reproduktionsmedizinischen Entscheidungen gelegt wird, werde ich nicht weiter auf den Begriff Kindeswille eingehen. Für eine umfassendere Diskussion familienrechtlicher und psychologischer Aspekte des Begriffs Kindeswohl und insbesondere für eine Unterscheidung der Begriffe Kindeswohl und Kindeswille siehe: (Dettenborn 2010).

eigenständiges ethisches Argument gelten kann, ist dabei weniger strittig. Kindern werden besondere Eigenschaften zugesprochen, die sie als eine Gruppe konstituieren und ihren besonderen Schutzbedarf begründen. Diese Eigenschaften sind ihre besondere Vulnerabilität und Abhängigkeit zu Lebensbeginn sowie ihre Entwicklungs- und Lernfähigkeit (Schickhardt 2012, S. 18 f.). Wenngleich also die Besonderheiten der kindlichen Lebensphase für die moralische Beurteilung anerkannt werden, sind die Kriterien, an Hand derer die Schutzwürdigkeit eines Kindes beurteilt werden kann, strittig.

Der Begriff Kindeswohl und seine Implikationen

Obwohl das Kindeswohl als ein Zustand der Erfüllung von Grundbedingungen des Lebens und Grundbedürfnissen verstanden werden kann (siehe oben, Dettenborn 2010, S. 50), bleibt offen, was im Einzelnen darunter genau zu verstehen ist (ebd., S. 48). Diese definitorische Leerstelle ist deshalb von Relevanz, weil das Kindeswohl in mehreren praktischen Kontexten eine Rolle spielt, in denen es als Konzept „unterschiedlichen Anforderungen und Zielen gerecht werden [soll], deren logischer Zusammenhang eher lose ist“ (ebd., S. 49). Dettenborn weist darauf hin, dass in dem Ringen um Kriterien des Kindeswohl-Begriffs gesellschaftliche Vorstellungen von „einer guten Kindheit“ mit empirischen Daten, also „beobachtbaren Fakten“ zu Kindheit vermischt werden (ebd.). Hierunter sind beispielsweise milieuspezifische Vorannahmen zu einer bestimmten Alltagsgestaltung und Kindesentwicklung zu verstehen. Der Begriff „Kindeswohl“ verleitet zu subjektiven moralischen Bewertungen, da „Wohl“ alltagssprachlich mit moralischen Werten wie „gut“ oder „behütet“ gleichgesetzt wird. Problematisch ist dabei nicht die Verwendung von gesellschaftlichen Vorstellungen oder „empirischen Bezügen“ *per se*, sondern die mangelnde theoretische Reflexion darüber (ebd., S. 49). Diese ist insbesondere dann bedenklich, wenn in der bereichsspezifischen Anwendung des Begriffs Kindeswohl, beispielsweise im Kontext der Medizin, auf den Fachbereich verengte Kriterien zur Anwendung kommen, die mit alltagsweltlichen Vorstellungen von Kindeswohl aufgefüllt werden. Der Begriff Kindeswohl ist zu abstrakt, um aus ihm moralische Urteile abzuleiten, Dettenborn spricht von Kindeswohl als einem „hypothetischen Konstrukt“ (Dettenborn 2010, S. 49). Die moralische Diskussion über das Kindeswohl befasst sich mit der Frage, was Kindeswohl in bestimmten Lebenssituationen des Kindes bedeutet und welche moralischen Forderungen daraus erwachsen können. Gegenstand der Auseinandersetzung ist beispielsweise die Frage nach der Berücksichtigung der Autonomie von Kindern, nach der Bedeutung des Kindeswillens und dessen moralische Konsequenzen im medizinischen Behandlungskontext (Peters 2013).

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Frage, welche moralischen Rechte und Verantwortlichkeiten sich aus dem Kindeswohl für andere Personen, beispielsweise für die Eltern, ergeben.

Auch im Kontext von reproduktionsmedizinischen Fragen steht das Konzept des Kindeswohls auf dem Prüfstand. Die Frage nach den moralischen Verantwortlichkeiten stellt sich hier umso dringlicher. Dabei geht es um die Reflexion, was das Wohl von Menschen, die erst entstehen werden, ausmacht und welche normativen Schlüsse daraus gezogen werden können. Diese Frage unterscheidet sich von der nach dem Wohl eines bereits existierenden Kindes, weil sie viel radikaler die moralisch relevanten Bedingungen für die Existenz eines Menschen erfragt und Kriterien dafür einfordert.

Es gibt mehrere Vorschläge für Kriterien für das Wohl eines zukünftigen Kindes. Prominente Konzepte nähern sich der Frage der Verantwortlichkeiten entweder von der Position der Priorität des Kindeswohls (Prinzip des Maximalstandards) oder der Achtung der reproduktiven Autonomie der Eltern (Prinzip des Minimalstandards) (Pennings 1999). Auf diese Konzepte möchte ich im kommenden Abschnitt mit Blick auf präkonzeptionelle Entscheidungen näher eingehen.

3.3.4.2 Ethische Überlegungen zum Kindeswohl in Hinblick auf präkonzeptionelle Entscheidungen

Präkonzeptionelle Entscheidungen werden getroffen, bevor ein Kind entsteht. Diese Entscheidungen gibt es selbstverständlich nicht erst seit Entstehen reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten. Überlegungen über geeignete Partner*innen, den richtigen Lebenszeitpunkt etc. sind spätestens seit der Pille alltäglicher Aushandlungsgegenstand von Personen, die sich über Bedingungen für die Geburt eines Kindes Gedanken machen. Präkonzeptionelle Fortpflanzungstechniken erweitern allerdings den Rahmen von Entscheidungsmöglichkeiten. Sie sind existentieller Art: Welches Leid oder welche Lebensaussicht verpflichtet uns moralisch a priori dazu, die Nicht-Existenz des Kindes seiner Existenz vorzuziehen? Inwiefern sind wir verpflichtet, bestimmte Schäden zu vermeiden, wenn es uns möglich ist? Ist es moralisch vertretbar, mit reproduktionsmedizinischen Maßnahmen ein Kind zur Welt zu bringen, das mit großer Wahrscheinlichkeit die (genetische) Anlage für eine Erkrankung hat, auch wenn man dies vermeiden könnte? Wie kann die Perspektive des Kindes moralisch berücksichtigt werden, ohne auf eine bestimmte, nur gedachte Person zu rekurrieren und ohne zu

negieren, dass das Kind auf seine Eltern angewiesen ist? Welche Rechte und Pflichten haben Eltern gegenüber ihren zukünftigen Kindern? Aus moralischer Sicht sind entscheidende Grundpfeiler für diese Überlegungen die Prinzipien Leid zu vermeiden, Glück zu fördern und den Schutz- und Entwicklungsansprüchen des Kindes gerecht zu werden. Im Folgenden werde ich einige prominente Konzepte vorstellen, die im Kontext präkonzeptioneller Entscheidungen aus philosophischer Sicht relevant sind. Ich werde zuerst das Nicht-Identitäts-Problem erläutern, danach auf Maximal- und Minimalstandards des Kindeswohls eingehen und im Anschluss daran den Schadensbegriff im präkonzeptionellen Kontext beleuchten.

Das Nicht-Identitäts-Problem

Alle präkonzeptionelle Entscheidungen haben eine Gemeinsamkeit: die Entscheidungen betreffen zukünftige, potentielle Personen (Heyd 1992, S. 14). Daraus erwächst die Frage, ob bei potentiellen Personen moralphilosophisch dieselben Konzepte geltend gemacht werden können wie bei tatsächlich existierenden Personen. Um sich also der Frage anzunähern, welche moralischen Konzepte von Kindeswohl für KOMI gelten können, ist es zuerst notwendig, ein zentrales Problem präkonzeptioneller Entscheidungen zu erläutern: das Nicht-Identitäts-Problem. Das Nicht-Identitäts-Problem geht auf Derek Parfit zurück und beschreibt die Tatsache, dass aus der Veränderung eines Fertilisationszeitpunktes, sei es auch nur der Verschiebung um einen kurzen Zeitraum, Parfit spricht von einem Monat, eine andere Identität entsteht, da dann anderes genetisches Material (andere Gameten) zu einem Lebewesen verschmilzt (Parfit 1984, S. 351 ff.). Das Lebewesen, das zu diesem Zeitpunkt entsteht, wäre ein anderes, und das jetzt gezeugte wäre nicht existent. In diesem Paradoxon liegt die Frage begründet, wie moralisches Fehlverhalten bewertet wird, wenn damit die zukünftige Existenz oder Nicht-Existenz eines noch entstehenden Menschen verbunden ist (McBrayer 2008). Die Alternative für das Leben eines Kindes mit Einschränkungen (seien diese körperlicher oder seelischer Natur) ist, nicht zur Existenz gebracht worden zu sein. In der Debatte um das Kindeswohl bei reproduktiven Entscheidungen ist der Vergleich des betroffenen oder zu beurteilenden Kindes mit einem anderen Kind also irreführend, denn die Alternative ist nicht, das andere Kind zu sein, sondern die Nicht-Existenz (Strong 1998). Der Bioethiker Stephen Wilkinson sieht einen Unterschied in der moralischen Bewertung von Situationen, die *identity-affecting* und *non-identity-affecting* sind (Wilkinson 2012, S. 69). Entscheidungen präkonzeptioneller Art sind *identity-affecting*, da ein bestimmter Mensch entsteht oder nicht. Sie sind deshalb aufgrund des Nicht-Identitäts-Problems nicht einfach miteinander zu vergleichen,

wenngleich wir – intuitiv – immer die Entscheidung, in der weniger Schaden entsteht, bevorzugen würden.

Welche Konzepte des Kindeswohls werden in Bezug auf präkonzeptionelle Entscheidungen diskutiert? Einige Konzepte streben einen Maximalstandard an, wie der Best-interest-Standard. Im präkonzeptionellen Kontext sind weiterhin das Konzept des Maximalwohls und das Konzept der *procreative beneficence* relevant. Von anderen werden Konzepte eines Minimalstandards vertreten. Diese gehen davon aus, dass nur Mindeststandards festgelegt werden sollen, wenn Kindeswohl im präkonzeptionellen Kontext als Kriterium verwendet wird. Alle Konzepte beinhalten einen Begriff von *harm*, welcher hauptsächlich mit dem körperlichen Schaden gleichgesetzt wird. Einige Autor*innen verwenden *harm* allerdings auch in der Bedeutung eines psychischen Leidens, was zu Ungenauigkeiten und einer begrifflichen Ausweitung des Konzepts Kindeswohl führen kann. Schließlich gibt es auch Ansätze, die ganz auf den Begriff des Kindeswohls verzichten und stattdessen Begriffe wie den der *futility*⁷⁹ verwenden. Ich werde im Folgenden darlegen, warum ich Maximalstandards in Bezug auf Kindeswohl im präkonzeptionellen Kontext nicht für überzeugend halte. Die Verwendbarkeit des Begriffs *harm* im präkonzeptionellen Kontext ist höchst strittig, allerdings werde ich zeigen, dass die Begutachtung präkonzeptioneller Entscheidungen nicht völlig ohne einen Schadensbegriff auskommt. Ob dieser im Sinne eines Minimalstandards gefasst wird oder mithilfe anderer Konzept eberücksichtigt werden sollte, kann ich zwar nicht erschöpfend erörtern. Ich werde aber Gründe dafür angeben, das Konzept der elterlichen Verantwortung zu verwenden. Ich wende mich den einzelnen Punkten der Reihe nach zu.

Das Kindeswohl – Maximalstandards

Der Best-Interest-Standard, das Maximalwohl und das Konzept der *procreative beneficence*⁸⁰ werden hinsichtlich präkonzeptioneller Entscheidungen als Maximalstandards diskutiert (Heyder 2012; Pennings 1999; Savulescu 2001).

Einer der prominentesten Ansätze für einen Maximalstandard ist der *Best-Interest Standard* (BIS). Der BIS wird sehr häufig im medizinethischen Kontext zum Kindeswohl verwendet und wird der medizinischen Praxis bei Erwachsenen entlehnt. Im

⁷⁹ Unter *futility* oder *futile treatment* wird im medizinethischen Kontext eine nutzlose medizinische Intervention verstanden (Beauchamp und Childress 2009, S. 167).

⁸⁰ *Procreative beneficence* ist ein von Julian Savulescu geprägter prominenter Begriff in der englischsprachigen Debatte über präkonzeptionelle Entscheidungen und deren moralische Bewertung (Savulescu 2001). Der Begriff kann etwa mit „Wohltun im Kontext der Zeugung“ übersetzt werden. Im Folgenden werde ich den Originalbegriff *procreative beneficence* verwenden. Nähere Erläuterungen, was unter dem Konzept zu verstehen ist, finden sich in diesem Kapitel.

ursprünglichen Kontext bezieht sich der BIS darauf, dass bei fehlendem Hinweis auf den Willen von nicht einwilligungsfähigen Menschen⁸¹ eine stellvertretende Person, meist aus der Familie, im möglichst „besten Interesse“ der Patient*in über die medizinische Behandlung entscheidet (Dörries 2003). Im besten Interesse des Kindes entscheiden in der Regel die Eltern als stellvertretende Personen. Hieraus entstehen allerdings einige moralphilosophische Probleme (Wiesemann 2014, S. 156). Die Idee von einem universalen Besten geht stillschweigend davon aus, dass Eltern und Kinder darin übereinstimmen, was das beste Interesse in einer bestimmten Situation ist. Allerdings muss das von Erwachsenen festgelegte „objektiv Beste“ nicht den subjektiven Wünschen des Kindes entsprechen (ebd., S. 159). Übersieht man diese Differenz, könnte das zur Folge haben, dass die subjektive Perspektive des Kindes hinter der Einschätzung des besten Interesses des Kindes durch die Eltern zurückstehen muss. Die Kritik an dem Konzept des BIS lautet, dass es keine klaren Kriterien gibt, die anhand des Konzepts geltend gemacht werden können (Dörries 2003, S. 122). So erscheint das Konzept unklar in Bezug auf die Interessen, die unterschiedlich bestimmt werden können, z.B. hinsichtlich körperlicher, psychischer oder kognitiver Anteile, in Bezug auf die Gewichtung von Kindesinteressen im Vergleich zu elterlichen und gesellschaftlichen Interessen und in Bezug auf die zeitliche Dimension, bei der aktuelle oder zukünftige Situationen bevorzugt für die Beurteilung herangezogen werden können (Salter 2012). Eine weitere Schwachstelle in diesem Konzept begründen sowohl die Ethikerin Erica Salter als auch die Ethikerin Claudia Wiesemann darin, dass die Familie nicht ausreichend berücksichtigt und respektiert werde (ebd., Wiesemann 2014). Die Medizinethikerin Loretta Kopelman schlägt daher einen relationalen Entwurf des BIS vor, um die Situation der Familie stärker zu berücksichtigen (Kopelman 1997). Salter macht jedoch darauf aufmerksam, dass selbst bei einer stärkeren Berücksichtigung der Familie darüber hinaus Fragen offen bleiben:

„Assuming that everyone can agree that a best interest determination involves a calculation of benefits and harms leading to a decision that maximizes benefits and minimizes harms, we are still left with such questions as: What constitutes “benefit”? What constitutes “harm”? What range of benefits and harms do you consider: only physiological benefits or psychological, relational and emotional benefits as well? And how are we to assign value to benefits or harms? Depending on one’s particular world view and value set, these questions can be answered in numerous different ways“ (Salter 2012, S. 189).

⁸¹ Das umfasst Personen, bei denen der Wille nicht durch vorherige Äußerung von Wünschen bestimmbar ist oder bei denen die Fähigkeit zur Einwilligung im Vorfeld noch nie bestanden hat. Der BIS ist von Vorausverfügungen und Entscheidungen entsprechend dem mutmaßlichen Patient*innenwillen abzugrenzen.

Die Formulierung des „besten Interesses“ kann also sehr unterschiedlich ausfallen. Danach zu handeln, fordert überdies supererogatorische Handlungen, welche im Alltag nach anderen Prämissen bewertet und entschieden werden müssten (Salter 2012). Erica Salter illustriert dies anhand der Frage, ob eine Familie den Wohnort wechseln dürfe, um einem der Kinder optimale medizinische und schulische Betreuung zu ermöglichen. Eine solche Entscheidung würde vermutlich nicht allein in Hinblick auf die optimalen Bedingungen des Kindes gefällt werden, auch wenn diese in dessen „besten Interesse“ wären.

An diesen Ausführungen wird deutlich, dass der BIS weitreichende Fragestellungen aufwirft. Für den Zweck dieser Arbeit genügt es jedoch, Kindeswohl in Bezug auf KOMI zu beleuchten, und das heißt, hinsichtlich präkonzeptioneller Entscheidungen.

Wie ist der BIS in Bezug auf das ungeborene Kind zu bewerten? Könnte er auf der Basis von objektiven Kriterien Hilfestellung bei der moralischen Bewertung von Entscheidungen reproduktionsmedizinischer und präkonzeptioneller oder pränataler Art bieten? Während die Anwendung des BIS sich bei einem bereits geborenen Menschen auf bestimmte medizinische Situationen⁸² konkreter Personen bezieht, die als Patient*innen nicht selbstbestimmungsfähig sind, handelt es sich bei den vorgeburtlichen Entscheidungen um zukünftige Personen, deren gesundheitlicher Zustand und Charakter nur sehr eingeschränkt vorausbestimmt werden kann. Ein Rekurs auf eine bestimmte, gedachte Person bleibt daher immer spekulativ. Der Best-Interest-Standard scheint schon alleine deswegen nicht der geeignete Ansatz zu sein, um vorgeburtliche Fragen der moralischen Verantwortung zu beantworten. Hinzu kommt, dass die zukünftige Existenzweise des Kindes von der Zuwendung seiner Eltern abhängig ist. Den Tatsachen, dass das Kind zu Lebensbeginn in völliger Abhängigkeit von den Eltern existiert und in eine Situation hinein geboren wird, auf die das Kind vorerst keinen Einfluss hat, scheint das „beste Interesse“ des Kindes allein nicht ausreichend Rechnung zu tragen (Wiesemann 2010, S. 64).

Der BIS bietet in der Situation der präkonzeptionellen Entscheidung wenig Anhalt dafür, welche Entscheidungskriterien relevant sein sollen und welches Gewicht Elterninteressen haben sollen. In Bezug auf fortpflanzungsmedizinische Entscheidungen scheint das Konzept des BIS nicht hilfreich zu sein, um Entscheidungen aus moralischer Perspektive zu bewerten.

⁸² Aus der medizinischen Begutachtung lassen sich keineswegs eindeutige Handlungsanweisungen ableiten, weshalb dies nicht auch zuletzt Gegenstand medizinethischer Auseinandersetzung und Abwägung sein kann. Bei einem neugeborenen Kind sind seine Präferenzen, Entwicklungen, Überzeugungen unklar. Ist das Kind geboren, können jedoch einige Anhaltspunkte, z.B. der gesundheitliche Zustand, konkretere Aussagen darüber ermöglichen, wie sich das zukünftige Leben gestalten wird, als bei präkonzeptionellen Entscheidungen.

Das Konzept des *Maximalwohls* ist das zweite Konzept, das in präkonzeptionellen Entscheidungen als Maximalstandard diskutiert wird. Dem Konzept liegt die Vorstellung zugrunde, dass das Wohl des Kindes maximal groß ist, wenn das Kind in ideale Umstände geboren wird (Pennings 1999, S. 1146). Wenngleich diese Aussage logisch richtig ist, enthält sie doch laut Guido Pennings zwei Fehlschlüsse, die sich ergeben, wenn aus dieser Feststellung im reproduktionsmedizinischen Kontext normative Annahmen abgeleitet werden (Pennings 1999). Pennings verweist dazu erstens auf das Nicht-Identitäts-Problem von Parfit (siehe oben). Das zukünftige Kind kann in den Dimensionen Zeit, Raum, elterliche Ressourcen etc. also nicht mit einem anderen Kind verglichen werden, da die Alternative zu diesem Kind nur die Nicht-Existenz gewesen wäre (ebd., S. 1146). Würde das Nicht-Identitäts-Problem zurückgewiesen werden, bliebe immer noch ein weiterer Fehlschluss: die Annahme, dass alle Lebensumstände der Eltern gleich bleiben und daher beispielsweise in Bezug auf das Alter der Mutter das jüngere Lebensalter für die Schwangerschaft zu bevorzugen sei (ebd.). Unveränderte Lebensumstände sind allerdings sehr unwahrscheinlich (Pennings 1999, S. 1147). Denkbar ist es z. B., dass sich eine ältere Frau in gesicherteren Lebensumständen befindet und dem Kind so bessere Rahmenbedingungen für die Entwicklung bieten kann.

Die Lebensbedingungen des Kindes ergeben sich maßgeblich aus den Möglichkeiten der Eltern. Diese sind Bestandteil sich verändernder Rahmenbedingungen und subjektiver Bewertungen. Mit dem Konzept des Maximalwohls besteht die Gefahr, den Eltern die Einschätzung zu verwehren, wann sie die Bedingungen für geeignet halten, die Verantwortung für ein eigenes Kind zu übernehmen. Darüber hinaus ist nach wie vor strittig, welche Kriterien für das Maximalwohl gelten sollen. In einer Befragung von 2010 wurden Ärzt*innen der Gynäkologie und Pädiatrie sowie infertilen Paaren 13 hypothetische Entscheidungskriterien vorgelegt, nach denen diese das Kindeswohl bewerten sollten (Geyter et al. 2010). Die Kriterien wurden der wissenschaftlichen Literatur zum Kindeswohl entnommen. Zwei Kriterien wählten die Studienteilnehmer*innen am häufigsten: die Vermeidung von Schaden für das zukünftige Kind und das Fehlen von psychischen Erkrankungen bei beiden Eltern (ebd., S. 5). Allerdings heben Geyter et al. hervor, dass die Ärzt*innen keine eindeutigen Aussagen darüber trafen, was als ein schwerer Schaden, den es zu vermeiden gilt, anzusehen ist. Deutlich wurde die Schwierigkeit, relevante Kriterien für das Kindeswohl zu benennen, auch dadurch, dass die Antworten innerhalb der verschiedenen Gruppen der ärztlichen Profession stark variierten. Geyter et al. resümieren: „This emphasises the difficulty in

defining applicable criteria for child welfare and points out that we need a more differentiated approach at all levels of pregnancy care“ (ebd., S. 6).

Ein noch gewichtigeres Argument gegen das Konzept des Maximalwohls ist, dass allen Familien, in denen Kinder unter suboptimalen Bedingungen leben würden, wie beispielsweise in Armut, bei Eltern mit instabiler psychischer Konstitution oder mangelnder Verlässlichkeit, konsequent die Fortpflanzung untersagt werden müsste (Pennings 1999, S. 1148). Dies würde einen massiven Eingriff in die Privatsphäre des Familienlebens durch staatliche Institutionen bedeuten⁸³ und nicht der in demokratischen Gesellschaften allgemein verbreiteten Auffassung eines Pluralismus von Familienkonzepten entsprechen. Mit Konzepten des Maximalstandards geht die Schwierigkeit einher zu bestimmen, wie der geringfügige Schaden oder das größtmögliche Glück für das Kind zu erreichen sind. Bleibt die Familienperspektive dabei unberücksichtigt, gehen Konzepte des Maximalwohls an der gesellschaftlich akzeptierten Realität von Familienentscheidungen vorbei (Pennings 2001).

Ein weiterer Maximalstandard, welcher Maximalwohl und Schadensminimierung umfasst, ist das Konzept der *procreative beneficence*. Das Konzept der *procreative beneficence* (PB) bezieht sich auf präkonzeptionelle Situationen von IVF, in denen die Möglichkeit besteht, zwischen mehreren Embryonen zu entscheiden, bevor sie in den mütterlichen Leib übertragen werden⁸⁴. Diese Situation würde auch bei der Anwendung von KOMI eintreten. Der Bioethiker Julian Savulescu hat dieses Konzept maßgeblich entwickelt. Er geht davon aus, dass es in diesen Situationen moralisch verpflichtend (*morally required*) ist, den Embryo mit den besten Chancen für ein gutes Leben auszuwählen (Savulescu 2001, S. 453). Diese moralische Forderung betrifft nicht nur die Auswahl von Embryonen ohne

⁸³ Ein weiterer Versuch, die Interessen eines ungeborenen Kindes angemessen zu vertreten, ist die Diskussion über eine Elternlizenz. Diese Idee wurde 1980 durch den Philosophen Hugh LaFollette in die Debatte gebracht (LaFollette 1980). Er schlägt eine Lizenz für alle Menschen vor, die Eltern werden möchten, um sicher zu gehen, dass Eltern kompetent sind und Kindern möglichst keinen Schaden zufügen (ebd.). Neue Ansätze diskutieren eine Lizenz im Kontext von Leihmutterchaft (Overall 2014). Wenn als Argument gelten soll, dass ältere Frauen grundsätzlich kritischer bezüglich einer Reimplantation von Embryonen überprüft werden sollten, dann könnte eine Elternlizenz die adäquate Versorgung des Kindes sichern. Dann müsste allerdings auch davon ausgegangen werden, dass andere Personen, beispielsweise Männer ab einem bestimmten Alter oder kriminell auffällig gewordene Menschen vor der Fortpflanzung generell überprüft werden sollten, was ein bürokratisch und logistisch aufwendiges Verfahren bedeuten würde. Aus Gerechtigkeitsgründen müsste zudem begründet werden, warum Menschen, welche sich mithilfe von ART fortpflanzen, höhere elterliche Standards erfüllen müssen, als Menschen, die sich ohne ART fortpflanzen.

⁸⁴ Der Philosoph Stephen Wilkinson nennt diese Umstände Situationen von *selective reproduction* (Wilkinson 2012). Ich werde nicht auf die ethische Diskussion von selektiver Reproduktion eingehen, beispielsweise von Geschlechtswahl, Genmanipulation etc. Ich werde nur das Argument der PB diskutieren, da es für die Debatte von KOMI relevant ist.

Krankheitsgene, sondern auch von solchen mit günstigen, nicht-krankheitsrelevanten Genen:

„It is not disease which is important but its impact on well-being. In so far as a non-disease gene such as a gene for intelligence impacts on a person's well-being, parents have a reason to select for it, even if inequality results“ (ebd., S. 423).

Savulescu legt damit das Maximalwohl des Kindes als Standard und objektivierbaren Maßstab fest⁸⁵. Interessanterweise gesteht Savulescu den Eltern weitgehende reproduktive Autonomie zu, während er gleichzeitig fordert, dass in Bezug auf die Auswahl das „beste Kind“ bevorzugt werden soll:

„Selection for non-disease genes which significantly impact on well-being is morally required (Procreative Beneficence). 'Morally required' implies moral persuasion but not [sic] coercion is justified“ (Savulescu 2001, S. 425).

Diese Position scheint allerdings neben der problematischen Annahme eines Maximalstandards für ein Kind auch die reproduktive Autonomie der Eltern zu untergraben.

Zusammengefasst gibt es also keine starken Argumente für die elterliche Pflicht, sich bei präkonzeptionellen Entscheidungen an Maximalstandards zu orientieren. Die Auswahl des „besten Embryos“ und der „besten Situation“ ist weder eindeutig noch moralisch verpflichtend. Eine Entscheidung für oder gegen die Auswahl eines Embryos ist abhängig von der Einstellung der Eltern zu ihrem zukünftigen Kind (Bennett und Harris 2007). Diese Einstellung würde durch das Prinzip einer PB vorgeschrieben, die Autonomie der Eltern würde eingeschränkt werden.

⁸⁵ Savulescu verweist in seinem Aufsatz auf mögliche Einwände gegen PB. Ein Einwand ist das *open-future argument*. Der Philosoph Joel Feinberg entwickelte 1980 dieses „Konzept der offenen Zukunft“. Er begründet, dass das Leben des Kindes so offen wie möglich gestaltet werden müsse – beispielsweise ohne starke Einschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe aufgrund religiöser Vorschriften – um die Autonomie des späteren Erwachsenen optimal zu fördern. Feinberg stellt auch aktuelle Bedürfnisse des Kindes zugunsten einer späteren Autonomie zurück (Feinberg 1992, S.78). Er entwirft das Konzept in Bezug auf Entscheidungssituationen im Kindesalter und Konflikten zwischen Kindeswohl und Elternwille. Dennoch findet es häufig im Kontext pränataler Untersuchungen (PND) oder der Präimplantationsdiagnostik (PID) Anwendung. Interessanterweise wird das Argument sowohl dazu verwendet, um PID moralisch zu kritisieren, als auch zu befürworten (Bredenoord 2010; Malek und Daar 2012). Fraglich ist also, ob dieses Recht auf eine offene Zukunft in präkonzeptionellen Entscheidungen anwendbar ist und welche moralischen Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind. Entscheidend ist darüber hinaus, inwiefern solch ein Recht auf eine offene Zukunft realisierbar oder gar einklagbar ist. Bei dem Recht auf eine offene Zukunft handelt es sich um eine Maximalforderung an Eltern. Das natürliche oder ungezwungene Aufwachsen der Kinder, was Feinberg fordert, scheint einem Ideal zu entstammen, was im Lebensalltag von Familien kaum bewältigt werden kann. Claudia Wiesemann merkt dazu an: „Erziehung ist eine durch und durch kulturelle Handlung; sie besteht geradezu darin, der Natur Grenzen zu setzen.“ (Wiesemann 2014, S. 162).

Das Kindeswohl – Minimalstandards

Konzepte des *Minimalstandards* beschreiben Minimalbedingungen, die erfüllt werden müssen, damit ein Kind zur Existenz gebracht werden darf. Eine solche minimale Anforderung, so der Bioethiker Carson Strong, ist es, dass Kinder nur dann nicht zur Welt gebracht werden sollten, wenn es besser gewesen wäre, sie wären nicht geboren worden (Strong 1998). Strong spricht daher in Anlehnung an Joel Feinberg von *moral wrongdoing*, nicht von *harming*, da von zugefügtem Schaden nur dann gesprochen werden kann, wenn eine Alternative bestanden hätte, die mit weniger Schaden verbunden gewesen wäre (ebd., S. 284). Für Kinder, die vorgeburtliche Schäden oder genetische Erkrankungen aufweisen, ist die einzige Alternative dazu nur die Nicht-Existenz. Ein Kind zur Welt zu bringen ist daher laut Strong nur dann problematisch, wenn Schmerz und Leiden des zukünftigen Kindes im Vergleich zu den angenehmen und positiven Erfahrungen überwiegen (ebd.). Es wäre dann moralisch falsch, das Kind zur Welt zu bringen. Diese Position wird von vielen Bioethiker*innen geteilt (Wilkinson 2012, S. 976).

Pennings vertritt eine schlichtere Auffassung eines Minimalstandards und plädiert dafür, ein annehmbares glückliches Leben des zukünftigen Kindes als Richtschnur für moralische Bewertungen zu nehmen: „The provision of medical assistance in procreation is acceptable when the child born as a result of the treatment will have a reasonably happy life.“ (ebd., S. 1148). Wenngleich dieses Konzept zumindest einer verbreiteten Intuition gerecht wird, dass es größere moralische Rechtfertigung braucht, um ein Kind mit einer schweren Krankheit oder Einschränkung zur Welt zu bringen, wirft es sogleich die Fragen auf, was ein annehmbares, glückliches Leben ist und ob diese Aussicht auf ein solches präkonzeptionell mit einiger Sicherheit eingeschätzt werden kann. Die Frage nach geeigneten Kriterien für einen Minimalstandard ist damit nicht zufriedenstellend beantwortet.

Dem Kind schaden – das „harm-principle“

Ein Kriterium, das Carson Strong für einen Minimalstandard zurückweist, ist das Zufügen von Schaden (*harming*)⁸⁶. Schaden (*harm*) wird als ein negativ zu bewertendes Ereignis oder zu bewertender Zustand von Menschen (und Tieren) angesehen (Schöne-Seifert 2004). Schaden kann als schwach normatives Konzept gelten, da das Vermeiden von

⁸⁶ Anstatt des Begriffs *harming* schlägt Strong den Begriff *moral wrongdoing* vor, um vorgeburtliche Situationen zu bewerten. Er versteht darunter, dass Kinder weniger negative als positive Erlebnisse haben sollten, damit ihnen mit ihrer Geburt moralisch kein Unrecht geschehe. Negative Erlebnisse umschreibt er mit *suffering* (Leiden) oder *impediment* (Behinderung) (Strong 1998, S. 284). Während Strong damit den Unterschied zwischen ‚Schaden zufügen‘ und ‚Schaden haben‘ verdeutlicht, bleibt nach wie vor unklar, wie er das Unrecht präkonzeptionell bestimmen möchte.

Schaden grundsätzlich angestrebt wird, aber nicht in jeder Situation moralisch erforderlich ist (ebd., S. 1034). In vielen Argumentationen zum Kindeswohl spielen Schaden⁸⁷ oder Leid⁸⁸ eine zentrale Rolle. Die Frage, inwiefern *harm* als Nachteil oder Schaden in die Beurteilung präkonzeptioneller Entscheidungen einfließen soll, wird dabei kontrovers diskutiert (z.B. Smajdor 2014; Solberg 2009; Strong 1998; Williams und Harris 2014). Was genau darunter zu verstehen ist, und welche Konzeption von *harm* verwendet wird, ist nicht immer deutlich zu erkennen⁸⁹. Deshalb werde ich im Folgenden darauf eingehen. Der englische Begriff *harm* entspricht der deutschen Übersetzung von Schaden. ‚Schaden‘ wird in zwei unterschiedlichen Lesarten verwendet, die in Bezug auf das Kindeswohl jeweils andere moralische Schlüsse zur Folge haben. Es gibt Positionen, in denen ein gesamtgesellschaftlicher Schaden betrachtet wird (*impersonal harm*), und Positionen, die einen individuellen Schadensbegriff (*individual harm*) als Ausgangspunkt ihrer Argumentation wählen. Die Juristin Nicolette Prialux weist darauf hin, dass *harm* mehr beinhaltet als nur die „korporeale Dimension“ (Prialux 2004, S. 10). Inwiefern mit dem Begriff *harm* nur ein objektiv sichtbarer körperlicher Schaden oder auch subjektiv erfahrbares Leid gemeint ist, bleibt häufig unklar. Dass der Begriff des Schadens eine „objektive“ und eine „subjektive“ Komponente besitzt, ist dabei nicht grundsätzlich problematisch. Allerdings werden die Unterscheidung und die Gewichtung beider Komponenten für eine moralische Beurteilung im präkonzeptionellen Kontext relevant. Manche Autor*innen weisen den Begriff Schaden (*harm*) zurück und verwenden statt dessen Begriffe des subjektiven Leids (*misery, suffering*) (Strong 1998; Robertson 2004; Williams und Harris 2014).

Der gesamtgesellschaftliche Schaden wird beispielsweise im Konzept der PB als Maßstab der Bewertung verwendet. Das Argument lautet, dass eine Gesellschaft besser wäre, in der *ceteris paribus* Menschen ohne eine Beeinträchtigung leben würden. Parfit verwendet den Begriff des *impersonal harm*, um zu beschreiben, dass sich bei einer größeren Anzahl von Menschen mit Beeinträchtigung das gesamtgesellschaftliche Wohl verkleinere. (Parfit 1984, S. 386 f.). Wegen des gesamtgesellschaftlichen Wohls und des sich gesamt-

⁸⁷ Unter Schaden verstehe ich in dieser Arbeit einen Nachteil, den eine Person infolge eines Ereignisses erleidet. Es handelt sich in dieser Arbeit um einen immateriellen Schaden, also einen Schaden an der Gesundheit, da Gesundheit ein nicht mit Geld bewertbares Gut darstellt (Strzysch und Weiß 1998).

⁸⁸ Unter Leid verstehe ich die rein subjektive Qualität eines Schadens, also das Empfinden einer körperlichen oder seelischen Belastung.

⁸⁹ Schöne-Seifert weist darauf hin, dass Schaden im bioethischen Kontext allgemein ein unklares Konzept ist. Uneinigkeit besteht beispielsweise darin, was als Schaden gelten soll, wie der Geltungsbereich von Schaden zu definieren ist und wann Schaden zu verhindern oder zu beheben ist (Schöne-Seifert 2004, S. 1033).

gesellschaftlich verringernden Schadens ist es laut Savulescu geboten, den „besseren Embryo“ auszuwählen (Savulescu 2001, S. 423).

Diesen gesamtgesellschaftlichen Schadensbegriff kritisiert die Bioethikerin Rebecca Bennett. Ein solches „freischwebendes“ Konzept von Schaden sei zu abstrakt und schwer zu erfassen (Bennett 2009, S. 269). In der Tat scheint es kompliziert, ein gesamtgesellschaftliches Maß an Schaden oder Zufriedenheit messen zu wollen. Bennett betont, dass moralische Intuition allein nicht ausreiche, um eine Handlung als moralisch geboten zu bewerten. Genau das geschehe aber, wenn man mithilfe des Begriffs *impersonal harm* das Konzept der PB begründe (Bennett 2014, S. 452). Bennett betont, dass mit Blick auf den Embryo weder quantifizierbar noch überhaupt messbar sei, welche Lebensqualität der spätere Mensch haben wird (Bennett 2009, S. 273). Der Begriff des *impersonal harm* weise also grundlegende Mängel auf, da er nur auf einer moralischen Intuition basiere und nicht objektiviert werden könne (ebd.). Bennett weist einen solchen Gedanken als „dangerously eugenic“ zurück und fordert stattdessen, das Wohlergehen aktuell existierender Menschen zu maximieren (ebd., S. 273).

In Bezug auf den individuellen Schadensbegriff gibt es unterschiedliche Einschätzungen: Die Bioethikerin Anna Smajdor verleiht dem Nicht-Identitäts-Problem erneut Gewicht. Sie kommt in ihrer Analyse des Schadensbegriffs zu dem Schluss, dass es unlogisch sei, Existenz mit Schaden oder Wohl gleichzusetzen. Dies seien wir allerdings in präkonzeptionellen Entscheidungen gewohnt zu tun (Smajdor 2014, S. 332). „[T]he predicate (harm) is necessarily associated with the child’s identity, and has become entwined with existence in such a way that we find it hard to separate them.“ (ebd., S. 332). Schäden können einem zukünftigen Menschen nicht zugefügt werden, wenn der Schaden Teil dessen ist, was den Menschen zur Existenz bringt. Dieser Mensch ist qua Existenz so und nicht anders. (ebd., S. 333) Smajdor folgert daher, dass der Schadensbegriff in der Reproduktionsmedizin zwar nicht generell zurückgewiesen werden muss, allerdings eine viele bescheidenere Aussage für moralische Urteile zulässt, als viele Vertreter*innen dieses Prinzips glauben lassen wollen (ebd., S. 335).

Die Philosophin Nicola Williams und der Philosoph John Harris konstatieren dagegen, dass der Schaden des zu entstehenden Menschen dennoch moralisch relevant sei:

„To be sure, non-existent things lack all properties, as existence is a precursor for having properties, and thus, to state that a child can be harmed or benefited by not being brought into existence is nonsensical; however, existent things can, on non-comparative accounts of harm, possess as a necessary property the property of harm itself.“ (Williams und Harris 2014, S. 349).

Das Nicht-Identitäts-Problem ist insofern relevant, als in präkonzeptionellen Entscheidungen die Entscheidungstragenden nicht für einen Schaden des Kindes moralisch verantwortlich gemacht werden können⁹⁰. Allerdings kann ein körperlicher Schaden dennoch Auswirkungen für die zu entstehende Person haben. Die Unterscheidung von ‚Schaden zufügen‘ und ‚Schaden haben‘ ermöglicht eine moralische Bewertung auch unter Berücksichtigung des Nicht-Identitäts-Problems⁹¹. Williams und Harris sind aber der Ansicht, dass die Einschätzung, wann ein Schaden so groß ist, dass es besser sei, nicht zu existieren, zwar subjektiv, aber einer Bewertung zugänglich ist. Die Bewertung sei davon abhängig, ob in einem Leben unter den zur Verfügung stehenden Informationen das Leid im Vergleich zur Zufriedenheit oder zum Wohl voraussichtlich größeres Gewicht erlangt (ebd.):

„Instead, we must attempt to determine, in light of the information available to us, whether the child to be created is likely to consider his life to be worth having, and this is to be done by assessing ,whether or not such a life has a favourable balance of satisfactions over miseries“ (ebd.).

Hier wird der Begriff des Schadens durch das Wort Leid (*misery*) ersetzt. Williams und Harris geben eine neue Dimension, nämlich das subjektive Leid, als Bewertungsmaßstab an, ohne darüber hinaus deutlich zu machen, wie dieses Leid ermittelt werden kann. Dies kann rückwirkend auf das Kindeswohl-Prinzip zu einer Ausweitung desselben führen, wie ich in der Analyse der ethischen Diskussion um KOMI in Bezug auf das Kindeswohl zeigen werde. Auch der Jurist John Robertson weist den Begriff *harm* zurück und betont, dass es dennoch notwendig sei, die Konsequenzen der Geburt eines Lebewesens abzuschätzen (Robertson 2004, S. 39). Er unterstreicht damit, dass die möglichen Beeinträchtigungen des zukünftigen Kindes relevant sein können, um individuell einzuschätzen, ob es moralisch vertretbar ist, ein bestimmtes Kind zur Welt zu bringen.

Im medizinischen Kontext ist der potentielle Schaden einer Maßnahme elementarer Bestandteil der ärztlichen Begutachtung und Aufklärung (Beauchamp und Childress 2009, S. 149). Da medizinisches Personal medizinische Interventionen verantworten muss, wird es sich auch bei präkonzeptionellen Entscheidungen an diesem Handlungsprinzip der Schadensvermeidung orientieren (ebd., S. 149 ff.). Allerdings kann es sich bei Einschätzungen der Ärzt*innen primär um körperlichen Schaden handeln und nicht

⁹⁰ Das würden Vertreter*innen einer PB bestreiten.

⁹¹ Für diese Folgerung ist es wichtig, die genauen Definitionen von ‚Schaden‘ und ‚Ereignis‘, wie sie in diesem Kontext verwendet werden, zu erfragen. Wird die Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle als Ereignis gewertet und Schaden als negative Folge eines Ereignisses, ist die Aussage schlüssig. Wird allerdings über potentielle Menschen gesprochen, gibt es noch kein solches Ereignis. Rein sprachlogisch kann also bei potentiellen Personen nicht von Schaden gesprochen werden (Smajdor 2014; Solberg 2009).

primär um antizipiertes Leid oder Vorstellungen vom guten Leben, denn letztere wären spekulativ und individuell aller Voraussicht nach zu verschieden.

Alternative Konzepte zum Wohl oder Schaden des Kinds

Was folgt nun aus diesen Ausführungen? Versucht man, personenbezogene Beeinträchtigungen bei potentiellen Personen zu bewerten, entsteht ein Widerspruch, welcher weder mit kindeswohlbasierten, noch mit schadensbasierten Ansätzen allein befriedigend aufgelöst werden kann. Wenn reproduktionsmedizinische Techniken eingesetzt werden, müssen allerdings präkonzeptionelle Entscheidungen gesellschaftlich diskutiert, von einem medizinischen Team mitentschieden und für eine ethische Bewertung verfügbar gemacht werden (Wiesemann 2010, S. 68). Mehrere Bioethiker*innen haben darauf hingewiesen, dass die wesentliche Frage bei präkonzeptionellen Entscheidungen nicht das zukünftige Wohl oder den zukünftigen Schaden des Kindes betreffe, sondern darauf hinauslaufe, ob die zukünftigen Eltern bereit und in der Lage sind, für das resultierende Kind die Verantwortung zu übernehmen, es zu versorgen und zu behüten (Robertson 2004; Wiesemann 2006; Solberg 2009; Williams und Harris 2014).

Es gibt unterschiedliche Vorschläge, präkonzeptionelle Entscheidungen im Kontext von ART anders als mit den Prinzipien von Wohl und Schaden moralisch zu fassen. Der Medizinethiker Berge Solberg schlägt das Konzept der „vergeblichen Behandlung“ (futile treatment) vor, welches aus dem Kontext von Entscheidungen am Lebensende bekannt ist (Solberg 2009). Futility ist ein Begriff, der auf die Beurteilung abzielt, medizinische Interventionen als sinnhaft oder sinnlos einzustufen (Beauchamp und Childress 2009, S. 167). Solberg bezieht den Begriff der „vergeblichen Behandlung“ auf die Reproduktionsmedizin. Er versteht darunter eine Behandlung, die durchgeführt wird, obwohl die Chancen extrem niedrig sind, das gewünschte Behandlungsziel zu erreichen (Solberg 2009, S. 374). Das entscheidende Ziel reproduktionsmedizinischer Techniken sei es laut Solberg, Eltern die soziale Elternschaft zu ermöglichen. Es gehe also nicht zwangsläufig um die Erzeugung eines genetisch verwandten Kindes,⁹² sondern um die Erfüllung des Wunsches von Personen, eine Familie mit (einem) Kind zu gründen: „building functional families is the primary goal of the treatment [with ART; Ergänzung von SB].“ (ebd.). Wenn dies nicht das Ziel einer Behandlung mit ART sei oder das Ziel nicht

⁹² Wobei der Beweggrund für die Verwendung von ART häufig eine genetische Verwandtschaft ist. Allerdings muss das nicht der zwangsläufige Beweggrund für eine Verwendung von ART sein, wie dies Paare zeigen, welche mithilfe von Samenspende oder Embryonenspende ein Kind zur Welt bringen.

erfüllbar erscheine, dann solle die „vergebliche Behandlung“, nicht durchgeführt werden (ebd.). Es bleibt jedoch unklar, wer die Funktionsfähigkeit begutachten soll und welche Kriterien dafür gelten können. Der Begriff *futility* wird laut Beauchamp und Childress in mindestens sieben unterschiedlichen Bedeutungen verwendet (Beauchamp und Childress 2009, S. 167 ff.). In einer dieser Bedeutungen wird unter *futility* das Abwägen verstanden, ob eine Intervention eher als belastend oder als vorteilhaft eingestuft wird, in einer weiteren Möglichkeit bedeutet *futility* die Gesamtbeurteilung von potentieller Effektivität, Kosten und Nutzen einer Intervention (ebd., S. 167). Beauchamp und Childress (ebd., S. 167) resümieren zur Verwendung des Begriffs *futility* im medizinischen Kontext:

„[T]he term *futility* is used to cover many situations of predicted improbable outcomes, improbable success, and unacceptable benefit-burden ratios. This situation of competing conceptions and ambiguity suggests that we should generally avoid the term *futility* in favour of more precise language“.

Solberg spezifiziert den Begriff *futile treatment* zu wenig mit Blick auf die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten. Es besteht daher die Gefahr, dass mit dem Konzept unbeabsichtigt erneut der Schaden eine zentrale Rolle in der Bewertung einnimmt, obwohl dieser laut Solberg kein Ausgangspunkt für präkonzeptionelle moralische Begutachtungen sein sollte (Solberg 2009, S. 375). Weiterhin ist zu befürchten, dass Ärzt*innen ein unverhältnismäßig großer Entscheidungsspielraum zugedacht wird, während sich der Handlungsspielraum der potentiellen Eltern verkleinert. Das Konzept der *futility* beinhaltet das Abwägen von unterschiedlichen unsicheren Resultaten. Diese Resultate sind im präkonzeptionellen Kontext unsicherer zu bestimmen und noch stärker vom persönlichen Kontext der Bewertung abhängig. Vom Konzept des Kindeswohls allein in präkonzeptionellen Entscheidungen Abstand zu nehmen, ist sinnvoll. Das Konzept *futile treatment* könnte jedoch zu neuen Schwierigkeiten führen.

Um die moralische Sonderstellung der Familie zwischen Individualansprüchen und gesellschaftlichen Ansprüchen zu fassen, schlägt Claudia Wiesemann ein Konzept der *family privacy* vor (Wiesemann 2010). Wiesemann versteht die Familie aufgrund ihrer besonderen Eigenschaften⁹³ als moralischen Akteur (ebd., S. 65). Die Privatsphäre der Familie ist deshalb schützenswert, weil in ihr intensive intime Beziehungen gelebt werden (ebd.). Dieses Konzept soll es erlauben, die Entscheidungen von Ärzt*innen zu berücksichtigen, allerdings ohne dabei die reproduktiven Entscheidungen von Eltern zu

⁹³ Zu den Eigenschaften, die eine Familie in ethischer Hinsicht als einen moralischen Akteur erscheinen lassen, zählt Wiesemann die Zugehörigkeit mehrerer Personen zu einer Gruppe, deren Basis dauerhafte unkündbare Beziehungen sind. Diese Beziehungen sind nicht alle frei gewählt (Wiesemann 2010, S. 64).

missachten. Wiesemann spricht in Bezug auf Elternschaft von der zentralen Stellung, die das Konzept der Verantwortung einnimmt.

„Elternschaft wird bisher als ein von besonderen Pflichten gegenüber anderen Menschen geprägtes Verhältnis gesehen. [...] Dies verkennt jedoch das Eigentliche der Elternschaft, das ja gerade in der unbedingten Zuwendung zu einem Kind besteht. Man erfasst den moralischen Kern der elterlichen Beziehung nicht, wenn man versucht, sie ausschließlich in ein System der Rechte und Pflichten zu fassen, denn ein Recht auf beziehungsweise eine Pflicht zur liebevollen Zuwendung kann es nicht geben“ (Wiesemann 2006, S. 111).

Demnach kann elterliche Verantwortung nur dann sinnvoll ausgeübt werden, wenn Eltern ein Spielraum zugestanden wird, innerhalb dessen sie über die angemessenen Mittel und Ziele für ein familiäres Wohlergehen entscheiden. Elterliche Verantwortung bezieht sich also auf den Entscheidungsspielraum, der nötig ist, um das Wohl des Kindes innerhalb einer Vorstellung vom familiären Wohl angemessen zu realisieren. Es wird deshalb nicht allein von der reproduktiven Autonomie gesprochen, da diese Entscheidungssituationen in eine gemeinsame Übernahme von Verantwortung münden und deshalb über die Modelle der individuellen informierten Zustimmung hinausgehen müssen (ebd., S. 122)⁹⁴. Stattdessen wird mit dem Begriff *family privacy* ein Bereich als schützenswert ausgewiesen, in dem in der Regel mehrere Personen gemeinsam Entscheidungen zum Wohl aller Familienmitglieder treffen.

Wie kann die Privatsphäre der Familie in Bezug auf das ungeborene Kind gesichert werden? Da die Konsequenzen für die Familie, wie Robertson ausführt (s.o.), eine entscheidende Rolle spielen, müssen sie in die Bewertung einfließen (Robertson 2004). Die Einschätzung jeder Familie wird unterschiedlich ausfallen. Von zentraler Bedeutung ist die Übernahme von elterlicher Verantwortung. Diese verpflichtet die Eltern dazu, bestimmte elterliche Aufgaben zu erfüllen und die Schutzbedürftigkeit der Kinder anzuerkennen (Schickhardt 2012, S. 226 ff.). Deshalb ist es auch eine moralische Pflicht der biologischen Eltern, eine angemessene Elternschaft zu garantieren, entweder durch sich oder durch andere (beispielsweise, indem sie das Kind zur Adoption freigeben). Welchem Kind Eltern die Elternschaft zusichern, ob dem gesunden Kind oder dem genetisch beeinträchtigten Kind, liegt im Entscheidungsbereich der Eltern. Mit der

⁹⁴ Beier und Wiesemann weisen darauf hin, dass reproduktionsmedizinische Entscheidungen oft kollektive Entscheidungen sind, d.h. von mehreren Personen mit Blick auf das Wohlergehen einer Gruppe – der Familie – getroffen werden, weshalb das Konzept der reproduktiven Autonomie für solche Situationen modifiziert werden müsse (Beier und Wiesemann 2013). Dass die reproduktive Autonomie allerdings eine zentrale Bedeutung bei Entscheidungen im reproduktionsmedizinischen Kontext haben muss, davon sind viele Teilnehmende an der Debatte um präkonzeptionelle Entscheidungen überzeugt (z.B. Bennett 2009; Priaulx 2004; Robertson 2004).

Existenz des Kindes gehen allerdings die Verpflichtungen einher zum Wohl des Kindes zu handeln und seine Interessen zu „schützen und zu fördern“ (Schickhardt 2012, S. 229). Kinder haben dabei ein Recht, dass der Minimalstandard des Kindeswohls unabhängig vom familiären Kontext eingehalten wird; damit werden die Bedürfnisse des Kindes anerkannt (Dettenborn 2010, S. 50). Allerdings gelten diese elterlichen Pflichten nur für bereits existierende Kinder.

3.3.4.3 Zwischenfazit

Kindeswohl ist ein uneindeutiger Begriff, der in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Anforderungen wiedergibt, beispielsweise den Schutzanspruch des Kindes oder die Vorstellung von einer normalen Entwicklung in medizinisch-psychologischer Hinsicht. Häufig werden alltagsweltliche Vorstellungen von einer guten Kindheit in das Konzept des Kindeswohls integriert, ohne diese als Prämissen deutlich zu machen. Die moralphilosophische Debatte unterscheidet Maximalstandards und Minimalstandards. Insbesondere im reproduktionsmedizinischen Kontext stellt sich die Frage, inwiefern das Konzept des Kindeswohls überhaupt auf Situationen präkonzeptioneller bzw. pränataler Entscheidungen anwendbar ist. Maximalstandards geben wenig Anhalt für eine moralische Bewertung präkonzeptioneller Entscheidungen. Der BIS als ein Maximalstandard rekurriert auf die Interessen eines Kindes, dessen Existenzweise nur zu einem geringen Teil vorhergesagt werden kann. Maximalstandards werfen ganz allgemein die Frage auf, wie die reproduktive Autonomie der Eltern gewährleistet werden kann. Hinzu kommt, dass potentielle Menschen aufgrund des Nicht-Identitäts-Problems nicht ohne weiteres mit existierenden Menschen gleichgesetzt werden können. Minimalstandards scheinen dagegen geeigneter zu sein, um das Kindeswohl bei präkonzeptionellen Entscheidungen zu berücksichtigen.

„Schaden“ als Bewertungskriterium für die moralische Beurteilung präkonzeptioneller Entscheidungen wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Im Schadensbegriff sind sowohl objektive Anteile als auch subjektive Anteile enthalten, die zumeist nicht genügend differenziert werden. Eine Auffassung von Schaden, die sich darauf bezieht, welche Auswirkungen Schäden auf die gesamte Gesellschaft haben, ist zu abstrakt, als dass sie für eine Begutachtung präkonzeptioneller Entscheidungen herangezogen werden könnte. Außerdem entsteht bei der Verwendung eines Schadensbegriffs, der den Schaden der gesamten Gesellschaft als Gegenstand der Beurteilung ansieht, die Gefahr, dass aus einem

gesamtgesellschaftlichen Kalkül der Schadensminimierung individuelle Entscheidungen, beispielsweise der Eltern, ein Kind bekommen zu wollen oder nicht, zu wenig Berücksichtigung finden. Ein Schadensbegriff, welcher den Schaden auf individueller Ebene im Einzelfall beurteilt, scheint geeigneter zu sein, Entscheidungen moralisch zu bewerten⁹⁵. Wird der Begriff Schaden durch Begriffe wie Leid oder Leiden ersetzt, ohne zu erläutern, was darunter genau zu verstehen ist oder wie Leid bei präkonzeptionellen Entscheidungen erfasst werden soll, kann das zu einer substantiellen Ausweitung des Kindeswohl-Konzeptes führen. Vorstellungen von einer guten Kindheit, die in moralischer Hinsicht nicht relevant sein müssen, wie die soziale Vernetzung der Eltern oder ein geringer Altersabstand von Eltern und Kind, können dann ungerechtfertigter Weise als Grundlage genommen werden, um Leid zu bestimmen und mit dem Hinweis auf das Kindeswohl bestimmte Formen der Elternschaft aus moralischer Hinsicht zu problematisieren.

Es gibt auch Ansätze, die versuchen, über die Konzepte des Kindeswohls hinaus einen Bewertungsmaßstab für präkonzeptionelle Entscheidungen zu entwerfen. Diese beziehen intensiver den Stellenwert der Familienentscheidung, also der Entscheidung der Eltern für oder gegen ein Kind, in die Beurteilung ein. In diesen Ansätzen kommt zum Ausdruck, dass Schaden oder Wohl als Kriterien unpassend sind, um Zusagen oder Absagen der Eltern zu begründen, eine lebenslange Verantwortung für ihr Kind übernehmen zu wollen.

3.3.4.4 Kindeswohl in der bioethischen Debatte zu KOMI

Viele Autor*innen in der bioethischen Debatte zu KOMI befassen sich nur indirekt mit dem Begriff Kindeswohl. In der Regel beziehen sie sich dabei auf eine Einschätzung des Kindeswohls aus medizinischer Sicht und konzentrieren sich auf den möglichen Schaden für das zukünftige Kind. Autor*innen kritisieren die schlechte Studienlage zu den Langzeitfolgen für die betroffenen Kinder (Bittner und Müller 2010; Dondorp und de Wert 2009; Goold und Savulescu 2009; Harwood 2009). Häufig wird ausgehend von Beschreibungen einer guten Kindheit, teilweise sogar Beschreibungen der Lebensumstände der Eltern, auf ein vermeintliches Wohl des Kindes gefolgert. Ob und mit welcher Begründung Maximal- oder Minimalstandards zur Anwendung kommen, wird

⁹⁵ Ob der Begriff des Schadens oder Begriffe wie Konsequenzen oder Auswirkungen für eine moralische Analyse präkonzeptioneller Entscheidungen geeignet sind, kann ich hier nicht erörtern. Entscheidend ist, dass die Konsequenzen, die mit der Geburt des Kindes einhergehen, sowohl für das Kind als auch für die Eltern in moralischer Hinsicht relevant sind (siehe auch Robertson 2004).

nicht erläutert. Welche Kriterien als moralisch notwendig erachtet werden, um das Kindeswohl in Bezug auf KOMI zu sichern, wird ebenfalls selten deutlich. Schaden wird zwar als Argument verwendet, allerdings nicht klar definiert. In diesem Kapitel werde ich exemplarisch einige Positionen schildern, um die eben genannten Punkte zu verdeutlichen.

Kindeswohl-Konzepte

In der Diskussion um KOMI wird das Kindeswohl oft nur indirekt, umschreibend thematisiert. Bittner und Müller schildern beispielsweise notwendige Bedingungen für eine gute Kindheit. Die Autorin und der Autor folgen dabei einem eher hohen Standard des Kindeswohls, der also als Maximalstandard eingeordnet werden kann:

„Zum gelingenden menschlichen Leben gehört die Teilhabe am sozialen Leben, gehört der Austausch mit Freunden und Familie, (sic) und die stimmige Integration von öffentlichem Leben (Beruf) und privatem Leben (Familie). Wenn es also nicht gelingen sollte, Kinder in das eigene berufstätige Leben zu integrieren, dann ist das ein Problem der Lebenskonzeption insgesamt. Kinder sind ja nicht einfach nur ein disponibles Element der Lebensplanung oder ein zu erfüllendes ‚Programm‘, sondern sie sollten Teil des Lebens sein – und diese Teilhabe auch selber so erfahren. Daraufhin könnte man einwenden, dass die Integration von Kindern in das eigene Leben gerade mit der späten Schwangerschaft möglich sein kann – denn endlich hat man Zeit und Muße, mit Kindern das Leben zu gestalten. Doch muss die Idee, bis zum Alter von 60 Jahren ohne Kinder zu leben, um dann, befreit von den beruflichen Sorgen, sich der Familie zu widmen, nicht Skepsis wecken?“ (Bittner und Müller 2010, S. 39).

Bittner und Müller beschreiben hier lebensweltliche Vorstellungen von einer „guten Kindheit“, in der die Eltern sozial integriert und gut vernetzt sein sollten. Dieses Kriterium wird Menschen ab einem bestimmten Alter – in diesem Falle mit 60 Jahren – anders als jüngeren Menschen nicht mehr vorbehaltlos zugeschrieben. Kritisiert wird von Bittner und Müller darüber hinaus nicht die späte Elternschaft an sich, sondern das Kind als „disponibles Element der Lebensplanung“ (ebd., S. 39). Heikel ist an dieser Erörterung nicht, dass Bittner und Müller solche Überlegungen vornehmen, sondern dass diese scheinbar als empirische Vorannahme verallgemeinernd auf die Gruppe derjenigen, welche sich für KOMI entscheiden, projiziert und mit dem Kindeswohl verknüpft werden. Kindeswohl wird hier also mit lebensweltlichen Vorstellungen einer „guten Kindheit“ gleichgesetzt, ohne zu argumentieren, ob diese Bedingungen moralisch entscheidender, also notwendiger, oder nur supererogatorischer Art sind. Es wird ein Vergleich zu einem früheren oder späteren Kind vorgenommen, ohne zu differenzieren, ob dieses frühere oder spätere Kind hätte existieren können und ob diese Möglichkeit einen Unterschied in der moralischen Bewertung machen würde.

Goold und Savulescu gehen dagegen auf die möglichen Vorteile⁹⁶ einer späten Elternschaft ein:

„It may be better for both child and parents that the family is the result of mature and well considered choice, and is financially secure so that the parents are able to spend time with their children“ (Goold und Savulescu 2009, S. 51).

Auch von jenen, welche die möglichen Vorteile einer späten Elternschaft in den Vordergrund rücken, werden unter dem Aspekt des Kindeswohls zukunftsorientierte Ereignisse wie finanzielle Sicherheit und gemeinsame Zeit, die mit lebensweltlichen Vorstellungen einer „guten Kindheit“ korrelieren, vorgebracht. Diese Überlegungen, welche auch hier empirischen Vorannahmen entsprechen, geben aber ebenso wenig Anhalt dafür, welche Bedingungen für das Kindeswohl als moralisch entscheidend in Bezug auf KOMI gewertet werden können. Goold und Savulescu beziehen sich überdies auch auf das Argument der *procreative beneficence*. Sie kombinieren das Nicht-Identitäts-Problem mit dem Argument der PB und kommen zu dem Schluss, dass es in einer Situation, in der es sonst keine Möglichkeit gäbe, ein Kind zu haben, moralisch vertretbar ist, auch ein Kind mit weniger optimalen Aussichten auf ein gutes Leben zur Welt zu bringen:

„Also, while it may be the case that we should try to ensure that the children we have enjoy the best prospects of the best lives, it is another question whether we should create a new life, which has a lower than optimal or average prospect of a good life, rather than no child at all [...]. In other words, it is not at all clear that we have an obligation to have no children if we cannot have the best children“ (ebd., S. 56).

Goold und Savulescu integrieren das Nicht-Identitäts-Problem als moralisch relevantes Argument und begründen damit im Kontext von KOMI ihre Position gegen einen Maximalstandard des Kindeswohls⁹⁷. Mit der Angabe „weniger optimale Aussichten auf ein gutes Leben“ geben sie ein Kriterium an, das für die moralische Bewertung des Kindeswohls herangezogen werden kann. Allerdings geben sie darüber hinaus keine Informationen, wie dieses Kriterium operationalisiert werden kann.

⁹⁶ Goold und Savulescu gehen auch auf einen weiteren möglichen Vorteil von KOMI ein. Frauen können mit KOMI die Schwierigkeiten umgehen, welche sich aus den unterschiedlichen Vorstellungen zum moralischen Status des *Embryos* ergeben: „Freezing eggs also avoids the moral concerns that some people have about freezing *embryos* as insurance, namely that a morally significant life begins at conception and that embryos are persons, with the same rights as other persons [...]. Anecdotal evidence suggests that this concern is one of the motivations behind some women’s decision to freeze eggs rather than embryos“ (Goold und Savulescu 2009, S. 51).

Da ich mich mit dem Argument des Kindeswohls auseinandersetze, werde ich in dieser Arbeit nicht weiter auf diesen Aspekt eingehen. Es soll hiermit nur gezeigt werden, dass theoretisch auch ethische Positionen zum moralischen Status des Embryos eine Entscheidung für oder gegen KOMI beeinflussen können.

⁹⁷ Einen Maximalstandard vertritt Savulescu in seinem Konzept der PB (Savulescu 2001).

Dondorp und de Wert argumentieren im Sinne eines Minimalstandards des Kindeswohls:

„In our view, assisting women to have children up to around 50 does not violate the widely accepted standard that, where consequences for the future child are concerned, one should avoid a ›high risk of serious harm‹“ (Dondorp und de Wert 2009, S. 1781).

Dondorp und de Wert sehen ein hohes Risiko für einen schwerwiegenden Schaden als moralisch relevantes Kriterium, von KOMI Abstand zu nehmen. Auch hier fehlt allerdings eine Erörterung dessen, was als hohes Risiko gilt und welcher Schaden als schwerwiegend zu bewerten ist.

Innerhalb der Diskussion um KOMI klingen sowohl Auffassungen von Maximal- als auch von Minimalstandards des Kindeswohls an, allerdings werden diese niemals direkt benannt, sondern sind nur anhand der Argumentationsweise ablesbar. Vorstellungen von einer „guten Kindheit“ oder ein Rekurs auf Vor- oder Nachteile einer späten Elternschaft wie sie bei Bittner und Müller und Goold und Savulescu zu finden sind, geben aber keine präzisen Aussagen darüber, welche Kriterien für das Kindeswohl moralisch relevant sind. So sind beispielsweise soziale Vernetzung oder finanzielle Sicherheit keine moralisch notwendigen Kriterien für das Kindeswohl. Die hier vorgestellten Überlegungen im Sinne eines Maximalwohls können nicht überzeugen, da die Alternative zu einem Kind nicht ein anderes Kind zu einem früheren Zeitpunkt, sondern kein Kind wäre. Folgt man einem Minimalstandard, was im Kontext von KOMI überzeugender zu sein scheint, muss allerdings gezeigt werden, welche dieser Kriterien tatsächlich notwendig für das Kindeswohl sind.

Schaden

In der medizinethischen Auseinandersetzung werden vor allem die biologischen Schäden, welche durch KOMI entstehen können, diskutiert (z.B. Goold und Savulescu 2009; Harwood 2009). Hier wird *harm* also in der Bedeutung des körperlichen Schadens verwendet. Karey Harwood geht beispielsweise auf die unzureichende Studienlage zu diesem Sachverhalt ein:

„To date, opposition to frozen eggs has centered mostly on concerns about potential harm to the resulting children. Babies who are apparently healthy have been born from the procedure, but there are as yet no long-term data about the health of these individuals over the course of their lifetimes“ (Harwood 2009, S. 40).

Harwood bezieht sich auch im folgenden Zitat auf das Schadensprinzip, allerdings wird nun nicht mehr so deutlich, ob sie sich auf den körperlichen Schaden bezieht:

„However, if harm to offspring is demonstrated at some point, I believe this would constitute a reason to limit or even prohibit egg freezing. The best interests of potential offspring must be taken seriously, along with the autonomous desires of the adults“ (ebd., S. 41).

Auf die Schwierigkeiten, welche sich aus der Anwendung des Schadensbegriffs im präkonzeptionellen Kontext ergeben (siehe Strong 1998; Smajdor 2014), wird in der Diskussion um KOMI nicht eingegangen. Insbesondere Harwood bezieht den Schadensbegriff auf Personen, als handele es sich um bereits existierende Personen, denen durch die Geburt mit IVF nach KOMI ein Schaden zugefügt wird.

Dondorp und de Wert gehen auf die möglichen psychosozialen Folgen für das zukünftige Kind bei hohem Alter der Mutter ein: „With regard to pregnancy-risks in women over 50, data are still scarce and contradictory [...]. There is even less to go by with regard to the consequences of late parenthood for the psychosocial development of the child“ (Dondorp und de Wert 2009, S. 3).

Doch die psychosoziale Entwicklung ist in präkonzeptionellen Entscheidungssituationen ein schwer zu bewertendes Kriterium, da unklar ist, welche elterlichen Eigenschaften sich tatsächlich negativ auf die Kinder auswirken können.

Ein weiterer Diskussionspunkt in der Debatte über KOMI ist die Sorge, dass durch das Verschieben des Kinderwunsches mittels KOMI Kinder ihre Eltern zu einem frühen Lebenszeitpunkt verlieren können. Bittner und Müller äußern sich dazu folgendermaßen:

„Das Kind könne einen Schaden erleiden, wenn es relativ alte Eltern hat. Es könnte vorzeitig zum (Halb-)Waisen werden oder keine seinen Ansprüchen gemäße Erziehung erhalten, weil Vater und Mutter nicht mehr über die nötigen physischen und mentalen Kräfte für die Ausübung der Kindeserziehung verfügen. [...] Im gleichen Kontext werden zudem auch Bedenken geäußert, dass Kinder in noch frühem Alter möglicherweise dazu genötigt werden könnten, ihre alten und gebrechlichen Eltern zu pflegen – eine Aufgabe, die ‚normalerweise‘ bei jungen Müttern erst in höherem Alter auf die Kinder zukommt“ (Bittner und Müller 2010, S. 41).

Bittner und Müller beziehen sich auch auf das Schadens-Prinzip. Der Verlust eines Elternteils wird als ein Schaden benannt. Des Weiteren deuten sie den Begriff des Kindeswohls gehaltvoll aus, ohne zu unterscheiden, ob beispielsweise die physischen oder mentalen Kräfte der Eltern, von denen sie sprechen, ein moralisch entscheidendes Kriterium für das Kindeswohl sind. Es ist dem Text nicht genau zu entnehmen, was Bittner und Müller für eine „seinen Ansprüchen gemäße“ Erziehung des Kindes halten. Bittner und Müller verwenden auch hier alltagsweltliche Umschreibungen davon, was das Kindeswohl ausmacht. Der Begriff „Schaden“ wird nicht weiter konkretisiert, umfasst

allerdings in der Verwendung von Bittner und Müller hauptsächlich Aspekte des subjektiven Leids.

Goold und Savulescu erläutern ebenso wie Bittner und Müller, dass das Alter der Frau ein guter Grund sein könne, um in Bezug auf das Wohlergehen des Kindes von einer Schwangerschaft abzuraten:

„In cases where a child born to a very old parent would suffer significant harms with reasonable certainty, perhaps freezing should not be offered. Here, reproductive autonomy and justice concerns should yield to other considerations“ (Goold und Savulescu 2009, S. 55).

Das entspricht einem der Hauptgedanken des Kindeswohlarguments, wie es im juristischen und moralischen Sinne verstanden wird (Dettenborn 2010; Schickhardt 2012). Wenn der Schutz- und Entwicklungsanspruch von Kindern nicht mehr gewährleistet werden kann, muss dies als Verstoß gegen das Kindeswohl gewertet werden. Darunter kann auch der Verlust der Eltern in frühen Lebensjahren fallen. Dieses Kriterium besitzt Relevanz für eine moralische Beurteilung und kann sich zumindest teilweise auf der Basis von Wahrscheinlichkeiten von Sterblichkeit einer objektivierbaren Aussage annähern, wenngleich auch hier zur Diskussion steht, ob in individueller Hinsicht das chronologische Alter der beste Parameter für Sterblichkeit ist. Allerdings ist das Argument des ausreichenden Überlebens der Eltern von sehr vielen weiteren Faktoren abhängig, die bei der Beurteilung eine Rolle spielen müssen, wie dem Alter des Partners, dem Vorhandensein von Geschwistern, Freunden, von finanzielle Ressourcen etc. (Goold und Savulescu 2009, S. 54). Die psychosoziale Entwicklung des Kindes, die mögliche Erkrankungen der Eltern oder gar die eventuelle Pflegebedürftigkeit sind Kriterien, die zu spekulativ sind, um sie als generelle Beurteilungskriterien für präkonzeptionelle Entscheidungen anzuwenden.

Der Begriff *harm* wird also sowohl von Bittner und Müller als auch von Goold und Savulescu teilweise mit psychischem Leiden gleichgesetzt und nicht nur in der Bedeutung eines körperlichen Schadens verwendet. Diese Ausweitung des Schadensbegriffs wird jedoch ohne Erläuterung vorgenommen, in welcher Reichweite der psychische Schaden betrachtet werden sollte und wie er objektiviert werden könne. Dies führt zu einer substantiellen Ausweitung und letztlich auch Verunklarung des Kindeswohlprinzips.

Allerdings ist nicht zu verleugnen, dass Kinder einen besonderen moralischen Anspruch auf Schutz haben. Das Prinzip des Kindeswohls als Ausdruck dieses Schutzanspruchs ist ein moralisch relevantes Argument, um den Zugang zu KOMI zu begrenzen.

Das Nicht-Identitäts-Problem

Zu dem Nicht-Identitäts-Problem äußern sich in der Diskussion um KOMI ausführlich nur Imogen Goold und Julian Savulescu sowie Angel Petropanagos. Goold und Savulescu gehen auf den Widerspruch ein, dass bei IVF allgemein ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen des zukünftigen Kindes akzeptiert wird, bei KOMI jedoch nicht:

„But an increased risk of disease in the offspring might be acceptable with ‘medical IVF’ (since IVF is the ‘only’ way for infertile couples to have children of their own), but less acceptable with ‘social IVF’, since fertile couples could have a child in the usual way at an earlier time. This objection faces the ‘non-identity problem’ [...]. Also, with social IVF, there may not have been a ‘fertile couple’ at the time of egg freezing that could have a child in the usual way at an earlier time; women who want egg freezing are generally not part of a fertile couple (or at least not a stable fertile couple)“ (Goold und Savulescu 2009, S. 52).

Goold und Savulescu argumentieren, dass die moralische Ungleichbehandlung von KMI und KOMI auf der fehlerhaften Annahme beruhe, dass Frauen, welche KOMI in Anspruch nehmen, im Gegensatz zu Frauen, die sich für KMI entscheiden, die Möglichkeit haben, Kinder früher zu bekommen⁹⁸. Goold und Savulescu verdeutlichen ähnlich wie Rybak und Lieman, dass die Alternative zu KOMI nicht ein früher geborenes Kind gewesen wäre, sondern die Nicht-Existenz. Die entscheidende Frage ist also nicht, ob das Kind früher hätte geboren werden können, sondern aufgrund welcher Kriterien ein Kind unter moralischen Gesichtspunkten zur Welt oder nicht zur Welt gebracht werden sollte. Goold und Savulescu bieten dafür eine Möglichkeit an:

„It cannot benefit a child to have been born earlier, for if conception had occurred earlier, then a different individual would have resulted. In the extreme case, even if IVF of older women results in physical damage to the child produced, that child has not been harmed by being conceived by social IVF (except if its life is so bad that it is not worth living). If the couple had used another means of conception at a different time, a different child would have been born. This is the non-identity problem and it reduces much of the force of so called ‘child welfare’ arguments against reproductive technologies, including social IVF“ (Goold und Savulescu 2009, S. 55).

Das Nicht-Identitäts-Problem entkräftet laut Goold und Savulescu Einwände gegen KOMI. Ein Kind kann nicht davon profitieren, früher geboren worden zu sein, da dieses früher entstandene ein anderes Kind wäre. Goold und Savulescu schränken das Nicht-Identitäts-Problem insofern ein, als sie einen zukünftigen Schaden, welcher größer als das zu erwartende Wohl einer Person sei, als Kriterium anerkennen, um ein Kind nicht zur Welt zu bringen. Sie kombinieren also einen Mindeststandard des Kindeswohls mit dem Nicht-Identitäts-Problem.

⁹⁸ Ähnlich argumentiert auch Angel Petropanagos (Petropanagos 2010).

Nach der Einschätzung von Petropanagos reicht das philosophische Paradoxon der Nicht-Identität nicht aus um zu zeigen, dass sich aus der Situation der späten Mutterschaft kein moralisch relevanter Konflikt ergibt, da bestimmte Handlungen auch zukünftigen Personen Schaden zufügen könnten (Petropanagos 2013, S. 168). Petropanagos argumentiert, dass sich aus bestimmten Handlungen auch Nachteile für zukünftige Personen ergeben könnten. Allerdings handelt es sich bei präkonzeptionellen Entscheidungen um Handlungen, die eine Person erst zur Existenz bringen. Das heißt: Ohne diese Handlung wäre die Person, welcher ein Schaden entstehen kann, gar nicht existent. Selbst wenn diese Feststellung also in anderen Fällen richtig sein kann, kann sie das Nicht-Identitäts-Problem nicht lösen. Für Petropanagos ist die angemessene elterliche Fürsorge für das zukünftige Kind von Relevanz:

„[T]he philosophical puzzle raised by the non-identity problem is not sufficient to show that children do not have a strong interest in having parents who can give them adequate care through to adulthood“ (ebd., S. 168).

Diese Vorstellung deckt sich mit Überlegungen einiger Autor*innen zum Schutzanspruch des Kindes, wie sie aus der Diskussion um den frühen Verlust eines Elternteils bei später Elternschaft nach KOMI vorgebracht werden.

3.3.4.5 Zwischenfazit

Das Kindeswohl erhält bei den hier vorgestellten Autor*innen bezüglich der Frage nach der Möglichkeit der elterlichen Sorge für das zukünftige Kind Relevanz. Insbesondere die Fähigkeit, das Kind bis zu dessen eigener Selbständigkeit versorgen zu können, ohne Gefahr zu laufen, vorher zu sterben, wird von allen Autor*innen als geeignetes Kriterium angesehen, die reproduktive Autonomie der Eltern zu begrenzen (Bittner und Müller 2010; Goold und Savulescu 2009; Petropanagos 2013). Problematisch ist es jedoch, wenn aus allgemeinen Vorstellungen von einer guten Kindheit Überlegungen zum Kindeswohl abgeleitet werden. Es handelt sich dabei häufig um subjektive Vorstellungen eines guten Lebens, deren allgemeine Gültigkeit oder gar Notwendigkeit für das Kindeswohl fraglich ist. Maximalstandards im Sinne eines BIS sind bei präkonzeptionellen Entscheidungen ohnehin schwierig zu begründen. Die Argumentation anderer Autor*innen in der Debatte um KOMI greift eher auf Minimalstandards als Maßstab für das Kindeswohl zurück. Es wird auch hier oft nicht klar, welche Kriterien entscheidend sein sollen. Die Verwendung des Schadensprinzips führt zu einigen Problemen. Sowohl der körperliche als auch der

psychische Schaden, sowohl die objektive als auch die subjektive Qualität des Schadens werden als moralisch relevante Folgen vorgebracht. Hierbei müsste allerdings präzisiert werden, welches psychische Leid moralisch relevant ist. Schätzt man beispielsweise das aus dem frühen Verlust eines Elternteils entstehende Leid bereits als relevant für das Kindeswohl ein? Die Verwendung des Schadensprinzips führt ohne weitere Argumentation zu einer substantiellen Ausweitung des Kindeswohl-Prinzips, da psychisches Leid in vielfältiger Form auftreten kann. Einige Autor*innen lehnen die Argumentation mit dem Begriff des Schadens in präkonzeptionellen Überlegungen grundsätzlich ab. Jedoch kann auf Überlegungen zu den Folgen einer Geburt für das Kind und für die Eltern für eine moralische Bewertung nicht vollständig verzichtet werden. Minimalstandards, die sich auf die körperliche Beeinträchtigung des potentiellen Kindes beziehen, können für eine moralische Beurteilung am ehesten relevant sein.

4 DISKUSSION

Die Fragestellung, die in dieser Arbeit verfolgt wird, lautet: Ist KOMI, also das Einfrieren von unbefruchteten Eizellen bei gesunden Frauen, aus ethischer Sicht vertretbar? Wenn dies der Fall sein sollte, was ich im Folgenden begründen werde, lautet eine sich daran anschließende Frage: Sind Einschränkungen oder Regulierungen notwendig, insbesondere für das Alter der Frau bei der Wiedereinpflanzung der befruchteten Eizellen? Wie ich im Kapitel 3 gezeigt habe, fällt die Beantwortung der Frage, ob KOMI aus ethischer Sicht vertretbar ist, sowohl unter Reproduktionsmediziner*innen als auch unter den Autor*innen der ethischen Debatte unterschiedlich aus. In diesem Kapitel möchte ich meine Schlussfolgerungen aus den in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnissen darlegen. Ich werde die einzelnen Teilergebnisse aus den vorangegangenen Kapiteln zusammenführen und miteinander verbinden. Es fließen medizinische, soziodemographische, sozialwissenschaftliche und moralphilosophische Überlegungen in die Beurteilung ein. Auch die Einschätzungen von RM aus meiner empirischen Befragung werden mit den Ergebnissen der Analyse ethischer Argumente in Beziehung gesetzt.

4.1 AKTUALITÄT UND TECHNISCHE EINSCHÄTZUNG VON KOMI

4.1.1 PRAXIS VON KOMI

KOMI galt lange Zeit als experimentelle Technik. Sie wird jedoch zunehmend, insbesondere in US-amerikanischen Bundesstaaten, angeboten. Bis dato gab es noch keine Information darüber, ob das Verfahren in Deutschland angeboten wird und welche Tendenz bezüglich des Angebots in den nächsten zehn Jahren zu erwarten ist. Ich habe im Rahmen meiner Dissertation eine quantitative Fragebogenstudie unter 136 Reproduktionsmediziner*innen in Deutschland durchgeführt und damit zum ersten Mal Daten zur Aktualität der neuen Technik in Deutschland erhoben. Die Auswertung der Daten zeigt, dass KOMI auch hier bereits von 41,2% der befragten RM angeboten wird. Innerhalb der nächsten zehn Jahre wollen sogar 68,4% der RM das Verfahren in ihr Programm aufnehmen. Auch die Nachfrage in der weiblichen Bevölkerung halten 52,6% der Ärzt*innen für ausreichend, um KOMI anzubieten. Die Mehrzahl der befragten Personen (69,2%) erachtet KOMI als sicher und effizient. Diese Einschätzung spiegelt sich auch darin wider, dass innerhalb der nächsten 10 Jahre mehr RM planen, KOMI

anzubieten. Der Fragebogen ist mit einer Rücklaufquote von 51,2% und im Hinblick auf die soziodemographischen Daten der Befragten als repräsentativ zu werten.

Kritisch wurde von den RM allerdings eine Verwendung von KOMI im höheren Lebensalter gesehen. 55,1% der Befragten halten eine rechtliche Regelung des Höchstalters der Frau bei Implantation des Embryos für erforderlich. Das körperliche Risiko der Frau bei einer Schwangerschaft im fortgeschrittenen Alter erachten 56,6% von RM als hoch. Einen Nachteil für das geborene Kind bei später Mutterschaft befürchten 41,4% der Befragten. Die genannten Aspekte könnten Gründe für die auch von etwa der Hälfte der RM geforderte Altersbegrenzung darstellen. Welche Gründe aus ethischer Sicht entscheidend sind, und ob eine Altersbegrenzung oder andere Regulierungen aus ethischer Sicht sinnvoll erscheinen, muss jedoch Gegenstand einer gründlichen Analyse sein. Im Rahmen dieser Arbeit habe ich eine solche ausführliche Analyse der medizinischen und ethischen Argumente in der Diskussion zu KOMI durchgeführt. Die Ergebnisse möchte ich im folgenden Abschnitt zusammenfassend darstellen und eine ethische Bewertung des Verfahrens KOMI sowie der praktischen Implikationen vornehmen.

4.1.2 STAND DER WISSENSCHAFT ZU KOMI

Die Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen und deren anschließende Befruchtung erzielten über einen langen Zeitraum suboptimale Erfolgsraten. Die derzeitige Studienlage bestätigt jedoch, dass mithilfe einer verbesserten Technik vielversprechende Ergebnisse erreicht werden und das Verfahren im klinischen Alltag angewendet werden kann.

Die Kryokonservierung von unbefruchteten MII-Eizellen erzielt seit der Verwendung von Vitrifikation mit kleinen Kunststoffträgern für die Aufbewahrung bessere Erfolgsraten (Kuwayama et al. 2005; Chian et al. 2009). Derzeit werden Überlebensraten der Eizellen nach Auftauen von 80-90% beschrieben (Kuwayama et al. 2005; Cobo et al. 2008; Cobo et al. 2010; Levi Setti et al. 2014; Rienzi et al. 2009). Die Vitrifikation von MII-Oozyten ist nach aktueller Studienlage bezüglich Auftau-, Fertilisations- und Implantationsraten den langsamen Gefrierverfahren überlegen (z.B. Forman et al. 2012; Smith et al. 2010; Rienzi et al. 2009). Die Implantationsrate bei Vitrifikation beträgt derzeit pro Embryotransfer zwischen 14,9% - 20,2% (Broomfield et al. 2011; Almodin et al. 2010; Rienzi et al. 2009).

Allerdings sind die Informationen zu den Erfolgsraten für eine Schwangerschaft unzureichend. In wenigen Studien wird die Schwangerschaftsrate pro Transfer angegeben. Sie liegt ungefähr bei 20% (Levi Setti et al. 2014; Rienzi et al. 2009). RCTs mit unterschiedlichen Kryoprotokollen und größeren Fallzahlen und Angaben der Lebendgeburtstraten gibt es derzeit nicht und sind dringend erforderlich, um genauere Aussagen über die Erfolgsaussichten für eine Lebendgeburt treffen zu können. In der Regel sind die Lebendgeburtstraten niedriger als die Schwangerschaftsraten je Embryotransfer. Nach aktuellem Stand der Forschung besitzt das Verfahren der Kryokonservierung von MII-Oozyten ausreichende Erfolgsraten, um es anzubieten (z.B. Cobo und Diaz 2011; Edgar und Gook 2012).

Wenig überraschend ist die Erfolgsrate von KOMI abhängig vom Alter der Frau bei Eizellentnahme, der Anzahl der entnommenen Eizellen, dem Gefrierverfahren und den verwendeten Kryoprotektiva (Cil et al. 2013; Seet et al. 2013). Optimal ist ein Einfrieren der Eizellen bis zu einem Lebensalter von 36 Jahren, da die Erfolgsraten unabhängig von den Verfahren *slow freezing* oder *Vitrifikation* insbesondere über einem Alter von 36 Jahren sinken (Cil et al. 2013, S. 496). Bei Frauen im Alter von 36 Jahren beträgt die berechnete mögliche Lebendgeburtstrate bei zwei aufgetauten Oozyten derzeit ca. 15% laut Berechnungen von Cil et al. (2013). Ab einem Alter von ungefähr 42 Jahren sollte Kryokonservierung von Eizellen aufgrund der niedrigen Erfolgsraten nur in Ausnahmefällen angeboten werden (ebd.).

Risiken von KOMI

Eine Behandlung mit KOMI schließt bei anschließender Übertragung eines Embryos die Risiken einer IVF-Behandlung ein. Die Risiken für die Frau sind nach derzeitigem Forschungsstand bei der Eizellentnahme sehr gering mit einer Komplikationsrate von 0,9% (Deutsches IVF Register 2014, S. 34). Werden bei der IVF mehrere Embryonen übertragen, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine Mehrlingsschwangerschaft, die mit erhöhten Risiken für Frühgeburtlichkeit sowie perinataler Morbidität und Mortalität einhergeht (Hart und Norman 2013; Olivennes et al. 2002; Sutcliffe und Ludwig 2007).

Das Outcome der Kinder nach KOMI wurde bei über 2100 Neugeborenen untersucht (Chian et al. 2008; Cobo et al. 2014; Noyes 2009; Levi Setti et al. 2013). Es zeigte sich kein vermehrtes Auftreten von Entwicklungsschäden. Die Malformationsrate lag zwischen 1,3 und 2,5% (ebd.). Diese Ergebnisse befinden sich innerhalb des Rahmens der Malformationsrate bei Spontangeburt, die bei ungefähr 3% liegt (Queißer-Luft und Spranger 2006). Nur in einer Studie von Belva et al. liegt die Malformationsrate bei den Neugeborenen nach Kryokonservierung von Embryonen bei 6.4%. Abgesehen von den oben beschriebenen Risiken einer IVF-Behandlung scheint die Kryokonservierung keine zusätzlichen negativen Auswirkungen zu haben (Belva et al. 2008; Wennerholm et al. 2009; Wikland et al. 2010). Der derzeitige Wissensstand zur Entwicklung von Kindern nach Kryokonservierung von Oozyten ist begrenzt, scheint aber die Befürchtung eines erhöhten Risikos von Entwicklungsschäden nicht zu unterstützen. Es werden weitere klinische Studien benötigt, um bessere Aussagen zu Lebendgeburtsraten, Nebenwirkungen und neonatalem Outcome machen zu können (Glujovsky et al. 2014). Generell ist KOMI derzeit als ausreichend sicheres Verfahren zu werten, das angeboten werden kann, allerdings mit einer Aufklärung über Erfolgsquoten und die mangelhafte Studienlage zu Lebendgeburtsraten. Insbesondere, wenn Eizellen von Frauen über 36 Jahre entnommen werden, sollte auf die geringen Erfolgsquoten hingewiesen werden.

4.2 ETHISCHE DISKUSSION ÜBER KOMI

Die ethische Diskussion zu KOMI wird kontrovers geführt. Einige Autor*innen befürworten diese Technik mit dem Verweis auf Geschlechtergleichheit, andere bezweifeln die selbstbestimmte Entscheidung von Frauen für KOMI und verweisen auf körperliche Risiken für die Frau und die Gefährdung des Kindeswohls. Fragen, welche

mich in der Auswertung der ethischen Diskussion geleitet haben, waren: Ist eine Mutterschaft auch nach der Menopause gerechtfertigt? Ist es aus Gleichheitsgründen zwischen Mann und Frau sogar moralisch geboten, die postmenopausale Mutterschaft zu ermöglichen? Wie stark wiegt das Recht der Selbstbestimmung der Frau gegenüber dem Wohl des zu gebärenden Kindes? Folgt die Anwendung des Einfrierens von Eizellen einem technischen Imperativ und ist somit als Einschränkung der Selbstbestimmung zu werten, oder gilt sie als eine Möglichkeit von Selbstbestimmung? Welche Stereotype und Normalitätsvorstellungen werden insbesondere in Bezug auf eine späte Mutterschaft verhandelt? Wie ist das Kindeswohl in Hinblick auf KOMI zu bewerten? In diesem Abschnitt werde ich auf die zentralen Argumente eingehen, die in der Debatte über KOMI diskutiert werden. Ich werde überdies die Ergebnisse meiner Fragebogenstudie mit den Ergebnissen meiner ethischen Analyse verknüpfen. Im Folgenden möchte ich meine Schlussfolgerungen aus der Diskussion der ethischen Argumente und der Fragebogenstudie darstellen.

Die ethische Debatte zu KOMI

Die ethische Diskussion über KOMI hat in den letzten Jahren zugenommen. Auch die intensive publizistische Auseinandersetzung mit dem Einfrieren von Eizellen gesunder Frauen im Jahr 2014 – insbesondere im Zusammenhang mit der Nachricht, dass die Unternehmen Apple und Facebook ihren Arbeitnehmer*innen diese Technik finanzieren wollen – hat emotional aufgeladene kritische Diskussionen provoziert (z.B. Bossong 2014; Geyer 2014; Lenzen-Schulte 2014). In der publizistischen Debatte wie auch in der Fachdiskussion zu KOMI finden sich ablehnende und befürwortende Haltungen bezüglich der Verwendung des Verfahrens. Einige Befürworter*innen verlangen zumindest ein bedingtes Verbot für KOMI im Sinne einer Altersgrenze (Dondorp und de Wert 2009; Petropanagos 2010). Dabei werden Argumente wie die mangelnde Autonomie der Frau oder das Kindeswohl, aber auch das körperliche Risiko für die Frau bei Schwangerschaft im hohen Lebensalter vorgebracht. Ein Bezug zu Natürlichkeit wird von Autor*innen, welche KOMI kritisch bewerten, hergestellt (z.B. Bittner und Müller 2010; Eichinger und Bittner 2010).

Auch unter RM sind ethische Argumente relevant. Zwar stimmen in meiner empirischen Erhebung 77,2% der Ärzt*innen zu, dass KOMI ethisch vertretbar ist, allerdings bewerten diejenigen, die KOMI nicht anbieten, (NA) das Verfahren unter moralischen Gesichtspunkten kritischer. Unter ihnen (NA) bewerten 35,0% das Verfahren als eher nicht oder überhaupt nicht ethisch vertretbar. Unter denjenigen, die KOMI anbieten (A), sind es nur 5,4% Personen, die KOMI für eher nicht oder überhaupt nicht ethisch vertretbar halten. Aus der von mir durchgeführten Befragung lässt sich nicht ermitteln, welches Argument ihrer Ansicht nach das entscheidende für eine kritische moralische Bewertung ist. Aber über die Sicherheit und Effizienz von KOMI hinaus, die von NA kritischer bewertet werden als von A, werden auch ethische Argumente unterschiedlich eingeschätzt. Graduelle Unterschiede in der Bewertung gibt es bezüglich des Respekts vor der Selbstbestimmung der Frau: 80,4% der A stimmen voll zu, dass die Selbstbestimmung respektiert werden sollte, im Vergleich dazu stimmen nur 41,8% der NA voll zu. Die Aussage, KOMI widerspreche der menschlichen Natur, wird signifikant unterschiedlich bewertet mit 47,4% Zustimmung unter NA und nur 14,3% unter A. Dies deutet auf unterschiedliche Konzeptionen von Natürlichkeit und der menschlichen Natur in diesen beiden Gruppen hin. Die Frage nach einem Nachteil für das geborene Kind bei später Mutterschaft nach KOMI wird ebenfalls von NA häufiger zustimmend beantwortet als von A. Interessanterweise wird die wirtschaftliche Attraktivität durch A und NA nicht unterschiedlich bewertet. Insbesondere die klare Forderung nach rechtlichen Regu-

lierungen unter NA (61,3%) kann als Ausdruck einer gefühlten Rechtsunsicherheit und damit auch als Anliegen gewertet werden, moralisch bedenkliche Anwendungsformen von KOMI zu limitieren. Das bedeutet, dass auch unter Reproduktionsmediziner*innen ethische Aspekte eine Rolle in der Bewertung von KOMI spielen. Welche Regulierungen meines Erachtens aus ethischer Sicht sinnvoll erscheinen, möchte ich im Folgenden an Hand meiner Analyse der einzelnen ethischen Argumente mit Bezug auf Gleichheit, Autonomie, Natürlichkeit, Normalität und Alter sowie Kindeswohl darstellen.

4.2.1 GLEICHHEIT

Gleichheit wird einerseits von Personen, die KOMI befürworten, als Argument vorgebracht, um auf den Vorteil hinzuweisen, mögliche Geschlechterungleichheiten aufzuheben (z.B. Goold und Savulescu 2009). Gleichheit wird jedoch andererseits auch kritisch als Argument verwendet. Diejenigen, die das Argument dazu verwenden, KOMI aus moralischer Sicht kritisch zu beurteilen, betonen entweder (1), dass die Forderung nach körperlicher Gleichheit in moralischer Hinsicht nicht von Bedeutung ist und deshalb KOMI mit einer Forderung nach Gleichheit ethisch nicht zu rechtfertigen ist (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Oder sie merken kritisch an, dass (2) mit KOMI keine Gleichheit hergestellt werden kann, sondern deshalb im Gegenteil die eigentlich notwendigen sozialen Änderungen wie familienkompatible Arbeitszeitmodelle oder Anstieg des Lohnniveaus nicht erfolgen würden (Petropanagos 2010; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Ein weiterer Kritikpunkt ist (3), dass mit KOMI die Ungleichheit zwischen armen und reichen Frauen vergrößert werden könnte (Harwood 2009). Meines Erachtens sind die ersten beiden Kritikpunkte nicht überzeugend. Ob der dritte Kritikpunkt gerechtfertigt ist, entscheidet sich anhand der gesellschaftlichen Nachfrage und Finanzierungskonzepte. Die Verwendung von KOMI kann aus meiner Sicht also mit dem Verweis auf eine Gleichheitsforderung begründet werden. Diese Begründung muss allerdings spezifiziert werden. Ich werde dazu auf die drei oben erwähnten Kritikpunkte eingehen.

(1) Eine Forderung nach *körperlicher* Gleichheit ist tatsächlich nicht ausreichend, um daraus eine Forderung in moralischer Hinsicht abzuleiten, da aus einem körperlichen Unterschied wie einer unterschiedlichen Körpergröße oder einem unterschiedlichen weiblichen und männlichen Fortpflanzungssystem allein noch kein Nachteil erwächst. Die Forderung nach Gleichheit ist nur dann zu rechtfertigen, wenn auch ein in moralischer

Hinsicht relevantes Gut durch diese körperlichen Unterschiede verletzt wird. Das moralisch relevante Gut ist die Fortpflanzung, das im Sinne der Fortpflanzungsautonomie schützenswert ist. Ich verteidige in dieser Arbeit ein Konzept der reproduktiven Autonomie mit dem Verweis darauf, dass Fortpflanzungsentscheidungen zentral für die persönliche Identität, Würde und Selbstdeutung sind (Robertson 1994, S. 24). Die körperliche Belastung insbesondere der Frau und die Bereitschaft, über einen langen Zeitraum Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, machen den besonderen Stellenwert von Fortpflanzungsentscheidungen in moralischer Hinsicht aus. In der Forderung nach reproduktiver Autonomie spiegelt sich also ein grundlegender Respekt vor Fortpflanzungsentscheidungen und der damit verbundenen identitätsstiftenden Bedeutung für die jeweilige Person wider. In dieser Hinsicht scheint es inkonsistent, dass Männer ihre Spermien einfrieren lassen können und dies Frauen im Hinblick auf ihre Eizellen verwehrt bleiben sollte (Dondorp und de Wert 2009). Die Gleichheitsforderung in Bezug auf KOMI kann also zwar nicht als Forderung nach körperlicher Gleichheit gelten, allerdings als Forderung nach moralischer Gleichheit in Bezug auf die Fortpflanzungsautonomie gerechtfertigt sein.

In der Diskussion über KOMI wird häufig auf die Geschlechtergleichheit als Argument verwiesen, allerdings sowohl um KOMI zu befürworten (Dondorp und de Wert 2009; Goold und Savulescu 2009), als auch um KOMI kritisch zu bewerten (Harwood 2009; Petropanagos 2010). Kann eine Forderung nach Geschlechtergleichheit in Bezug auf KOMI geltend gemacht werden? Und wenn ja, in welcher Hinsicht ist Geschlechtergleichheit in Bezug auf KOMI zu verstehen? Ich habe in dieser Arbeit dargestellt, dass unter Geschlechtergleichheit die gleiche Berücksichtigung und Anerkennung der Möglichkeiten von Frauen und Männern, ein persönliches Leben zu gestalten, zu verstehen ist. In dieser Forderung wird nicht die körperliche Gleichheit, sondern die Gleichstellung der Geschlechter in rechtlicher und persönlicher Hinsicht als Ziel verstanden. Diese Gleichheitsforderung ist in der Lesart von John Rawls als ein grundsätzliches Zugeständnis gleicher Freiheiten zu verstehen (Rawls 1979, S. 244). Diese Freiheiten sollten von einem „Gesichtspunkt der Unparteilichkeit“ (Gosepath 2004, S. 151) aus verteidigt und überprüft werden, wie dies Goold und Savulescu in Bezug auf KOMI unter dem Aspekt der „zeitlichen Neutralität“ beschreiben. (Goold und Savulescu 2009, S. 52).

(2) In der Auseinandersetzung mit KOMI wird nicht nur die Gleichbehandlung von Frauen und Männern bei analogen Fällen von Fortpflanzungsentscheidungen diskutiert, so wie ich es unter (1) dargelegt habe, sondern auch die Frage, ob KOMI einer allgemeinen Forderung nach Geschlechtergleichheit zuwiderläuft. Letzteres ist der zweite Kritikpunkt,

der von einigen Autorinnen vorgebracht wird (Harwood 2009; Petropanagos 2010, S. 230).

Ich habe allerdings mit dem Rekurs auf Dworkin dargelegt, dass Gleichheit sowohl die Dimension der formalen Gleichheit als auch die Dimension der Ressourcengleichheit, also die Forderung nach sozialer Gleichheit, umfasst. Die formale Gleichheit, also die Anerkennung gleicher Rechte und die gleiche Achtung von Bedürfnissen, so wie ich sie unter (1) im Hinblick auf die Fortpflanzungsautonomie als moralisch schützenswertes Gut beschrieben habe, hebt die Forderung nach Ressourcengleichheit nicht auf. Eine Gleichheitsforderung beinhaltet beide Dimensionen, formale Gleichheit auf der individuellen Ebene und Ressourcengleichheit als Voraussetzung für soziale Gleichheit auf gesellschaftlicher Ebene. Die Forderung nach einem Überwinden patriarchaler Arbeitsmarktstrukturen z.B. durch gleiches Lohnniveau, Möglichkeiten für flexible Arbeitszeitmodelle für Frauen und Männer und eine verfügbare Kinderbetreuung sind daher nach wie vor in der Gleichheitsforderung enthalten und werden durch die Anwendung von KOMI nicht aufgehoben. In einem System, in dem Geschlechtergleichheit als Ziel gilt, ist den Forderungen nach Ressourcengleichheit zwischen Frauen und Männern, also nach gleichen Bedingungen für eine persönliche Entfaltung, unabhängig davon ob und in welchem Ausmaß KOMI angeboten wird, Nachdruck zu verleihen.

Autor*innen, die annehmen, KOMI unterminiere wichtige soziopolitische Veränderungen, die zum Erreichen der Geschlechtergleichheit notwendig sind, wie die Vereinbarung von Familie und Beruf (Harwood 2009; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012), legen ihrer Argumentation zwei Prämissen zugrunde: Erstens, dass alle Frauen ihre Kinder zu einem früheren Zeitpunkt bekommen wollen würden, nachdem in einer Gesellschaft wichtige Ziele von Geschlechtergleichheit umgesetzt worden sind, und zweitens, dass alle Frauen mit einem später erfüllten Kinderwunsch nicht mehr am Arbeitsleben teilhaben wollen. Ich halte diese Annahmen für unplausibel. Auch nachdem Forderungen der Geschlechtergleichheit umgesetzt worden sind, werden Frauen nach wie vor zu unterschiedlichen Zeitpunkten, etwa wenn sie den oder die geeignete Partner*in gefunden haben, ihren Kinderwunsch erfüllen wollen. Auch die Annahme, dass alle Personen, welche ein Kind im höheren Lebensalter bekommen, nicht mehr am Arbeitsleben teilhaben wollen, halte ich für spekulativ. Auch diese Frauen werden so wie Männer Familie und Arbeit vereinbaren wollen. Eine Gleichheitsforderung beinhaltet nach Dworkin, gleiche Möglichkeiten zu schaffen, um unterschiedliche Lebensentwürfe gestalten zu können (Dworkin 2002; Dworkin 2008). Diese unterschiedlichen Lebensentwürfe beinhalten die Möglichkeit, zu früherem oder späterem Zeitpunkt, mit

oder ohne technische Hilfe, Kinder bekommen zu können, so lange keine gewichtigen Argumente vorgebracht werden, welche diese Möglichkeiten einschränken. Daher halte ich die Kritik, dass durch KOMI wichtige soziopolitische Veränderungen versäumt werden, für nicht zutreffend.

(3) Das Argument, dass sich die Ungleichheit innerhalb der Gruppe der Frauen vergrößern könnte, ist plausibel. Finanziell schwächer gestellte Frauen können tatsächlich Schwierigkeiten haben, sich das kostspielige Verfahren KOMI zu leisten. Ob Frauen finanzielle Unterstützung für die Durchführung des Verfahrens KOMI erhalten werden, bleibt abzuwarten. Nach SGB V ist es den Krankenkassen gesetzlich zulässig, gesundheitsbezogene Leistungen zur Prävention und Heilung von Krankheiten zu honorieren. Eine Finanzierung von KOMI durch die Krankenkassen, z.B. eine Teilfinanzierung für die sich anschließende IVF, würde eine Gesetzesänderung erfordern, was derzeit eher unwahrscheinlich ist.

Zusammenfassend komme ich zu dem Urteil, dass die theoretischen Überlegungen zu Gleichheit, wie sie bei Dworkin und auch bei Gosepath zu finden sind, im Hinblick auf die verschiedenen Dimensionen der Gleichheitsforderung auch bezüglich KOMI ihre Geltung besitzen. Dies bedeutet, das Ziel formaler Gleichheit, hier im Hinblick auf ethische Fragen, und sozialer Gleichheit im Hinblick auf die Ressourcen wird nicht durch die Verwendung von KOMI in Frage gestellt. Aus einer Perspektive der Geschlechtergleichheit geht es darum, die Verwendung des Verfahrens KOMI im Sinne einer moralischen Gleichheit zwischen Frauen und Männern zu überprüfen. Dabei ist der biologische Unterschied zwischen Frau und Mann in moralischer Hinsicht nicht relevant. Die Möglichkeit, sich fortpflanzen zu können, ist als ein soziales Gut dagegen moralisch relevant. Die Forderung nach moralischer Gleichheit in Hinblick auf die Fortpflanzung ist berechtigt, insofern Menschen Fortpflanzung einen zentralen Wert im Leben zusprechen. Gleichheit kann also als relevantes Argument für die Verwendung von KOMI vorgebracht werden.

Auch Reproduktionsmediziner*innen erkennen Gleichheit generell als Argument an. Die Frage danach, ob Frauen wie Männer die Möglichkeit haben sollten, in späteren Lebensjahren ihren Kinderwunsch zu erfüllen, erfährt 78,3% Zustimmung durch die Befragten. Allerdings wird die Gleichheit bei später Mutterschaft mit geringerer Zustimmung bewertet. Das bedeutet, dass einige Argumente die Gleichheitsforderung einschränken können. Dies deckt sich mit der oben dargestellten moralphilosophischen Auffassung von Gleichheit. Ob weitere Argumente, die für eine Einschränkung von KOMI vorgebracht werden – wie etwa die mangelnde Autonomie der Frau, der körperliche

Schaden für die Frau oder das gefährdete Kindeswohl –, aus ethischer Sicht überzeugend sind, um KOMI einzuschränken, werde ich in den nächsten Abschnitten diskutieren.

4.2.2 *AUTONOMIE*

Autonomie ist ein zentrales Argument in der Debatte zu KOMI. Auch von 89,7% der RM wird Autonomie als handlungsleitendes Prinzip anerkannt. Die Selbstbestimmung ist darüber hinaus eines der wenigen ethischen Argumente, bei denen es in meiner Befragung keine statistisch signifikante Abweichung in der Bewertung von Männern und Frauen gab. Das spricht für einen hohen Stellenwert des Respekts vor der Autonomie in der medizinischen Praxis. Auch in der ethischen Debatte wird Autonomie eine große Bedeutung zugesprochen. Autonomie wird in der ethischen Auseinandersetzung mit KOMI explizit als Argument benannt und mit theoretischen Erläuterungen präzisiert. Nur der Verweis auf relationale Autonomie bleibt konzeptionell unklar, was allerdings aus den theoretischen Schwächen dieser Konzeption herrührt.

Der Respekt vor der Fortpflanzungsentscheidung findet in dem Konzept der reproduktiven Autonomie Ausdruck. In der ethischen Auseinandersetzung mit KOMI wird häufig direkt Bezug auf das Konzept der reproduktiven Autonomie genommen. Wenngleich bei diesem Konzept die Schwierigkeit besteht, individuelle ethische Entscheidungen ebenso wie die Perspektiven mehrerer Personen, z.B. des zukünftigen Kindes, der Partner*in oder des medizinischen Personals zu berücksichtigen, scheint sich in dem Respekt vor Fortpflanzungsentscheidungen ein besonderer moralischer Wert zu kondensieren (Beier und Wiesemann 2013, S. 205). Dieser Respekt bezieht sich nicht nur auf die Entscheidung, ob und mit wem Personen ein Kind bekommen möchten, sondern auch auf die Frage, wann Personen ein Kind bekommen möchten. Folgerichtig weisen Autor*innen wie Dondorp und de Wert oder Harwood darauf hin, dass KOMI zur Ausübung reproduktiver Autonomie ver helfe und damit die reproduktive Autonomie als Argument gelten könne, KOMI anzubieten (Dondorp und de Wert 2009; Harwood 2009). Dondorp und de Wert beziehen sich auf den Vorteil des größeren Zeitraums, den Frauen dank der Technik haben, ein Kind bekommen zu können (Dondorp und de Wert 2009, S. 1780). Harwood verweist auf andere elektive Fortpflanzungsmethoden wie die orale Kontrazeption, welche auch mit Verweis auf die reproduktive Autonomie angeboten werden (Harwood 2009, S. 44). Entweder müssten diese auch als moralisch inakzeptabel gelten, oder aber KOMI könne nicht einfach mit dem Verweis darauf, eine elektive

Verwendung von Fortpflanzungstechnologien zu implizieren, als moralisch verwerflich bewertet werden (ebd.). Dieser Analogieschluss ist überzeugend. Wenn die Technik also ausreichende Erfolgsraten erzielt, kann die Verwendung von KOMI als Ausübung reproduktiver Autonomie gelten.

In Bezug auf die Diskussion um Autonomie erwähnen Kritiker*innen von KOMI häufig das Prinzip relationaler Autonomie, entweder mit Bezug auf Mackenzie und Stoljar (Mackenzie und Stoljar 2000) oder mit Bezug auf McLeod und Sherwin (McLeod und Sherwin 2000). Relationale Autonomie beschreibt relationale Perspektiven auf Autonomie und legt den Schwerpunkt darauf, zu ergründen, wie Beziehungen zwischen Menschen oder gesellschaftliche Erwartungshaltungen die Autonomie von Individuen fördern oder verhindern können. Vertreter*innen relationaler Autonomie legen sich dabei nicht auf bestimmte Autonomiekonzeptionen fest (Mackenzie und Stoljar 2000, S. 4). Allerdings ergibt sich aus dieser Beschreibung von relationaler Autonomie auch ein „beträchtliches Maß an Unübersichtlichkeit“ (Anderson 2013, S. 61). Unklar wird das Prinzip dadurch, dass die relationale Sichtweise sowohl auf interindividuelle als auch auf gesellschaftliche Prozesse verwendet werden kann. Mit dem Blick auf gesellschaftliche Prozesse besteht dabei die Gefahr, Personengruppen pauschal eine autonome Entscheidung nur deshalb abzuerkennen, weil sie Teil gesellschaftlicher Prozesse und damit gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt sind. Dies zeigt sich auch in der Diskussion zu KOMI. Wird Autonomie als eine relationale Fähigkeit angesehen, wird dies im Hinblick auf KOMI häufig so gedeutet, dass soziale Zwänge die persönliche Autonomie einschränken. Autor*innen weisen diesbezüglich darauf hin, dass ein sozialer Strukturwandel notwendig sei, beispielsweise indem Anstrengungen gemacht werden, patriarchale Arbeitsmarktstrukturen mit unflexiblen Arbeitszeitmodellen oder fehlender Kinderbetreuung zu überwinden (Petropanagos 2010; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Allerdings reicht der Hinweis darauf, dass sich die sozialen Umstände verändern müssen, allein nicht aus, um das gesamte Autonomieargument zu entkräften. Mit Verweis auf die Relationalität von Autonomie bezweifeln die Autor*innen für die gesamte Gruppe der Frauen die Fähigkeit zu individueller Autonomie. Sie erläutern allerdings nicht, warum der soziale Druck insbesondere bei der Entscheidung für KOMI problematisch sein sollte. Genauso gut könnte ja auch der soziale Druck, früh ein Kind bekommen zu müssen, problematisiert werden. Die Verknüpfung von gesellschaftlichen Zustandsbeschreibungen mit generellen Aussagen zur Möglichkeit individueller Autonomie ist problematisch, da weder klar wird, welche Autonomiekonzeption die Autor*innen vertreten, noch warum sich die gesellschaftliche Situation im besonders bedrohlichen Maße auf die Autonomie bei Entscheidungen über KOMI auswirken soll. Daher kann es nicht überzeugen, wenn die

Autonomie bei der Verwendung von KOMI mit dem Verweis auf die Relationalität von Autonomie pauschal in Frage gestellt wird. Eine relevante Forderung, welche sich aus der relationalen Betrachtungsweise ergibt, ist die nach der Änderung von Arbeitsmarktbedingungen für Frauen. Diese deckt sich mit einer Gleichheitsforderung. Sie erlaubt allerdings nicht zwangsläufig einen generellen Rückschluss auf die Fähigkeit von Frauen, über KOMI autonom zu entscheiden.

Goold und Savulescu (2009), ebenso Dondorp und de Wert (2009) weisen darauf hin, dass unterschiedliche Gründe für das Verschieben der Mutterschaft eine Rolle spielen können und das Karrieremotiv, wie bei Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev (2012) oder Bittner und Müller (2009) impliziert, nicht zwangsläufig ausschlaggebend ist. Letztere unterstellen, dass Frauen aufgrund sozialer Zwänge genötigt würden, sich ein Kind zu wünschen, die Geburt ihres Kindes oder ihrer Kinder aber auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Ähnlich argumentiert auch Petropanagos, wenn sie erläutert, dass Frauen keine *reproductive ‚choice‘* haben, da sie sich den patriarchal und sexistisch geprägten Gesellschaftsstrukturen anpassen müssten (Petropanagos 2010, S. 230). In der derzeitigen gesellschaftlichen Situation von Frauen, die durch Individualisierung des Lebenslaufs, eine Pluralisierung der Lebensformen, aber auch Brüche im Lebenslauf und neue Partnerschaften geprägt ist (Pettinger und Rollik 2005, S. 19 ff; Beck-Gernsheim 2010, S. 99 ff.), scheinen derartige Aussagen über eine vermeintlich homogene Gruppe der Frauen kaum plausibel zu sein.

Einige Autor*innen bezweifeln die Autonomie von Frauen bei der Entscheidung für KOMI in grundlegender Art und Weise (Bittner und Müller 2010; Petropanagos 2010). Bittner und Müller nennen mangelnde Selbstreflexion, Verdrängung oder Flucht vor der Entscheidung als Gründe von Frauen, sich für KOMI zu entscheiden (Bittner und Müller 2010, S. 36). Petropanagos spricht von „deformed desires“, welche Frauen haben, die sich für eine späte Mutterschaft mit KOMI entscheiden (Petropanagos 2013, S. 176). Hier wird das Stereotyp einer Frau konstruiert, die aus vermeintlich „solipsistischer Lebenskonzeption“ (Bittner und Müller 2010, S. 39) Eizellen einfrieren lässt. Ihre autonome Entscheidung wird grundlegend angezweifelt, da sie auf den falschen Motiven für Mutterschaft beruhe. Doch sind solche pauschalen Behauptungen überhaupt angemessen? Solche Aussagen wirken stark simplifizierend. Wer glaubt, Frauen mit Karriereambitionen könnten gar keinen oder nur einen „falsch ausgeprägten“ Kinderwunsch haben, läuft Gefahr, den Kinderwunsch dieser Personen abzuwerten. Bedenklich ist, dass die Autor*innen implizit ihre eigenen Werte, also die möglichst frühzeitige Erfüllung des Kinderwunschs, eine natürliche Fortpflanzung und eine Priorität des

Kinderwunschs gegenüber anderen Lebensinhalten als Maßstab ansetzen, ohne diesen kenntlich zu machen. Solche Vorannahmen über das ‚gute Leben‘ müssen allerdings nicht zwangsläufig alle Menschen teilen. Derartige Werte für eine moralische Beurteilung heranzuziehen, weist auf eine stark substantielle Autonomiekonzeption hin. Benson begegnet einer solchen Konzeption von stark substantieller Autonomie mit kritischen Einwänden, die ich für überzeugend erachte: Menschen können, so Benson, auch in Situationen sozialer Unterdrückung autonome Entscheidungen treffen (Benson 2008). Autonomie sei nicht mit Orthonomie, dem Handeln nach vermeintlich richtigen Normen, zu verwechseln. Es müsse möglich sein, auch aus Gründen zu handeln, die anderen Personen als ungerechtfertigt oder irrig erscheinen, da sonst das Gesamtkonzept der Autonomie in Frage gestellt werden müsse (ebd.). Zwar können diese Kriterien eine persönliche Entscheidung begründen, sie sollten allerdings keinesfalls stillschweigend als Kriterien für die „richtige“ Art der Autonomie im Sinne einer stark substantiellen Konzeption von Autonomie oder gar für die ethische Beurteilung eines fortpflanzungsmedizinischen Verfahrens herangezogen werden. Aus diesen hier vorgestellten Einwänden lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Annahme, Frauen würden aufgrund gesellschaftlicher Bedingungen oder falscher Werte keine autonome Entscheidung für KOMI treffen können, nicht plausibel ist.

Einige Autor*innen zweifeln die Authentizität der Entscheidung von Frauen für KOMI an. Authentizität, also die Übereinstimmung der eigenen Wünsche mit den eigenen Werten, kann allerdings im medizinischen Kontext nur bedingt berücksichtigt werden. Rückfragen bezüglich der Motivation von Frauen für KOMI können im klinischen Alltag oder im Beratungsgespräch zwar dabei helfen, mögliche Unsicherheiten in der Entscheidung aufzudecken oder auszuräumen. Allerdings kann dies nicht als generelle „Rechtfertigungspflicht“ eingefordert werden (Anderson 2013, S. 69).

Bittner und Müller geben in Bezug auf KOMI zu bedenken, dass Autonomie nicht allein mit einer Zunahme der Wahlmöglichkeiten gesichert werde (Bittner und Müller 2010, S. 34). Bei der Wahl sieht eine ähnliche generelle Gefahr für das Autonomiekonzept (2009, S. 375). Ein liberales Verständnis von Autonomie könne Gefahr laufen, die Idee der Freiheit auf die Möglichkeit der Wahlfreiheit zu reduzieren, ohne ethische Kriterien für ein Konzept der Autonomie zu entwickeln und zu begründen. Dies deutet auf einen gehaltvollen Autonomiebegriff hin, in dem auch die Bedingungen für die Wahrung von Autonomie von Bedeutung sind. Dem ist zuzustimmen. Mit Blick auf KOMI würde also ein nicht auf Wahlfreiheit reduzierter Autonomiebegriff auch die Gefahren bei der Ausübung von Autonomie identifizieren und konzeptuell zu erfassen suchen. Allerdings kann im

Umkehrschluss nicht mit dem Verweis auf eine weitere Wahloption in der Reproduktionsmedizin, in diesem Falle KOMI, ein Mangel an Autonomie konstatiert werden.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf das Argument der Autonomie festhalten, dass die kritischen Einschätzungen in der Debatte zu KOMI nicht überzeugen. Sie sind häufig vorurteilsbehaftet und beziehen sich auf eine vermeintlich homogene Gruppe von Frauen. Frauen als Personen aufzufassen, die alle in der gleichen Art handeln, ist allerdings wenig plausibel. Psychologische Studien belegen unterschiedliche Beweggründe und Entscheidungen von Frauen für KOMI (Hodes-Wertz et al. 2013; Stoop et al. 2011). Darüber hinaus werden den theoretischen Überlegungen zu Autonomie in der Diskussion über KOMI häufig Konzeptionen stark substantieller Autonomie zugrunde gelegt. Diese sind allerdings im Hinblick auf den grundlegenden Charakter von autonomem Handeln problematisch (Benson 2008). Wer eine derartige Autonomiekonzeption vertritt, müsste erläutern, warum bestimmte Vorannahmen über das „gute Leben“ universal gültig sein sollen. Da dies in der Diskussion über KOMI unterbleibt, können solche Ansätze nicht überzeugen. Die reproduktive Autonomie ist hingegen als Argument überzeugend, um KOMI aus moralischer Sicht zu befürworten. Allerdings gibt es auch bestimmte Gefahren, welche die Ausübung von Autonomie in Bezug auf KOMI verhindern können, insbesondere mangelnde Informationen und falsche Erwartungshaltung (Harwood 2009, S. 46). Diese Kritikpunkte sind zu berücksichtigen, wenn KOMI angeboten wird. Sie sprechen allerdings nicht für ein generelles Problem bei der Ausübung von Autonomie. Mangelnden Informationen kann über eine ausführliche Aufklärung entgegengewirkt werden. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft kann KOMI grundsätzlich angeboten werden. Allerdings sind Frauen über die mangelhafte Studienlage zu den Lebendgeburtraten und Langzeitauswirkungen des Verfahrens für das Kind aufzuklären. Ebenso müssen die Risiken einer späten Mutterschaft in einem Beratungsgespräch angesprochen werden.

Dass Nutzer*innen dem Verfahren zu unkritisch gegenüber stehen könnten wird häufig auf die Kommerzialisierung der Reproduktionsmedizin, ein marktorientiertes Anreizsystem und suggestive Werbung zurückgeführt. Wie einer zu hohen Erwartungshaltung entgegengewirkt werden kann, möchte ich im folgenden Abschnitt skizzieren.

Kommerzialisierung der Reproduktionsmedizin

Die Reproduktionsmedizin ist ein medizinischer Bereich, dem Kommerzialisierung im besonderen Maße vorgeworfen wird (z.B. Gehring 2007, S. 57 ff.). Die Kommerzialisierung im Gesundheitssektor wird kritisiert, wenn die Gewinnerzielung als handlungsleitendes Prinzip als wichtiger angesehen wird als das Prinzip der Behandlungsqualität (Kettner 2010). Mit einer Krankenversorgung oder mit einer medizinischen Leistung Gewinne zu erzielen wird dabei nicht grundsätzlich als moralisch problematisch bewertet, sondern nur dann, wenn „Patienten ein Unrecht, ein moralisch relevanter Schaden entsteht“ (Kettner 2010, S. 131 f.).

In der medizinethischen Diskussion um KOMI weisen Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev auf einen solchen moralisch relevanten Schaden hin: die Manipulation von Mutterschaftsvorstellungen durch die Fortpflanzungsindustrie. Sie machen darauf aufmerksam, dass die biologische Uhr als Symbol für abnehmende Fertilität erst seit den 1980er Jahren mit Beginn der Fortpflanzungsindustrie häufiger in den Medien auftauche. Die biologische Uhr habe neben der Funktion, die Endlichkeit der Fruchtbarkeit anzuzeigen, auch die Funktion, die Frau auf ihre Rolle als Mutter zu reduzieren und ihr Verhalten darauf abzustimmen, Mutterschaft zu ermöglichen (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2011). In dieser Hinsicht sei insbesondere die suggestive Werbung für reproduktionsmedizinische Techniken kritisch zu sehen.

Die problematische Verknüpfung von Angeboten reproduktionsmedizinischer Techniken mit marktgeleiteten Interessen reproduktionsmedizinischer Unternehmen wurde von den Sozialwissenschaftlerinnen Anna Alichniewicz und Monika Michalowska untersucht (Alichniewicz und Michalowska 2014). Insbesondere die Werbung, welche direkt an Verbraucher*innen, gerichtet ist (*direct-to-consumer*, DTC), sorgt für Unbehagen. Die auf Profit ausgerichtete Darstellung bagatellisiere Risiken und vermittele einen Eindruck von sehr hoher Erfolgswahrscheinlichkeit (ebd.). Die Risiken einer unvollständigen Aufklärung und einer überzogenen Erfolgserwartung werden auch von anderen in Bezug auf KOMI problematisiert (Harwood 2009). Die Reproduktionsmediziner Rybak und Lieman kritisieren die Vermarktung von KOMI:

„A cautious approach to elective self-donation of eggs is warranted; the potential for both societal transformation and manipulative, dishonest, and unseemly marketing remain great and have always been a challenge to patients and practitioners in this field“ (Rybak und Lieman 2009, S. 1511).

Die Risiken von DTC-Angeboten individueller Genomanalysen werden derzeit intensiv diskutiert (z.B. Bunnik et al. 2014). Im Gegensatz zu Genomanalysen, die auch ohne

Kontakt zu medizinischem Personal, beispielsweise über Unternehmen im Internet durchgeführt werden können, erfordert KOMI immer einen ärztlichen Kontakt. Insofern können überhöhte Erwartungen oder falsche Vorstellungen vor der Intervention im Gespräch eruiert und geklärt werden. Dennoch sollte in Werbung für KOMI eine realistische Darstellung angestrebt werden, um einer übersteigerten Erwartungshaltung vorzubeugen. Sogenannte *truth-in-advertising*-Standards sollten daher auch in Hinblick auf KOMI Anwendung finden. Zu bedenken ist aber auch, dass Frauen ein Interesse daran haben könnten, von solchen bislang noch unüblichen und wenig bekannten Techniken zu erfahren, und zwar möglichst schon in einem jungen Lebensalter. Ein weiterer Ansatz wäre deshalb, bei gynäkologischen Routineuntersuchungen ab einem bestimmten Lebensalter der Patient*in, beispielsweise ab 25 Jahren, auf das Verfahren KOMI hinzuweisen. Dies könnte dabei helfen, auf Interesse an diesem Verfahren in einem Setting unabhängig von persuasiver Werbung zu reagieren.

4.2.3 NATÜRLICHKEIT, NORMALITÄT UND ALTER

Es kann durchaus sinnvoll sein, von der Idee der natürlichen Fortpflanzung ausgehend die Folgen der medizinisch assistierten Fortpflanzung kritisch zu begutachten. Risiken neuer technischer Verfahren können genau überprüft und Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen für Fortpflanzung registriert und analysiert werden. Auch empirische Daten, welche beispielsweise auf eine Normalverteilung oder eine häufig anzutreffende Verhaltensweise hinweisen, können für eine moralische Beurteilung verwendet werden. Sie erlauben es, sich im jeweiligen soziokulturellen Netz zu verorten. Natürlichkeit zu hinterfragen bietet hingegen eine aus feministischer Sicht notwendige kritische Auseinandersetzung mit Konstruktionen von Mutterschaft oder Weiblichkeit und Männlichkeit. Denn aus gesellschaftlich üblichen Verhaltensweisen ohne Begründung eine Verhaltensnorm abzuleiten, kommt einem Sein-Sollens-Fehlschluss gleich. Aus einem Sein ein Sollen abzuleiten, wird „naturalistischer Fehlschluss“ beziehungsweise „normalistischer Fehlschluss“ genannt. Natürlichkeit und Normalität besitzen in ihrer normativen Aussagekraft eine ähnliche Struktur. Häufig bekommt Natürlichkeit als Sinnbild für Nicht-Intervention eine positive Konnotation. Auch der Begriff der Normalität kann ähnlich wie Natürlichkeit auf eine normative Ausrichtung verweisen. Mit Normalität kann die Tatsache eines häufig eintretenden Ereignisses oder eines üblichen Verhaltens beschrieben werden und positiv konnotiert sein. Diese positive Konnotation kann implizit

moralische Werturteile leiten, ohne dass diese explizit als Bewertungskriterien argumentativ belegt werden. Ein alleiniger Verweis auf Natürlichkeit oder Normalität reicht jedoch nicht aus, um ein moralisches Urteil zu begründen.

Auch in der Diskussion zu KOMI wird selten direkt auf Natürlichkeit Bezug genommen. Allerdings spielen sehr häufig implizite Werturteile zu Natürlichkeit und Normalitätsvorstellungen bei der Bewertung der späten Mutterschaft nach KOMI eine Rolle in der Beurteilung. Bittner und Müller verwenden Vorstellungen von Natürlichkeit, um sich damit auseinanderzusetzen, wann und wie Kinder in das eigene Leben integriert werden sollten (Bittner und Müller 2010, S. 36). Eichinger und Bittner fragen, inwiefern die „Verfügbarmachung“ der natürlichen Grenze der Menopause erstrebenswert ist (Eichinger und Bittner 2010, S. 29). Solche natürlichen Grenzen der Fortpflanzung können mit persönlichen Vorlieben korrespondieren. Der Verweis auf eine empirisch gegebene Grenze ist allerdings nicht ausreichend, um diese Grenze auch als normativ begründet anzusehen.

Von der Gesamtheit der RM sind nur 33,5% der Ansicht, dass KOMI der menschlichen Natur widerspreche. Allerdings sind 47,4% der NA dieser Ansicht, während dies nur 14,3% von A genauso sehen. Dieser signifikante Unterschied im Antwortverhalten bietet einen interessanten Ansatz zur Diskussion, was Natürlichkeit im reproduktionsmedizinischen Kontext bedeuten kann.

Risiken später und postmenopausaler Mutterschaft

Viele Autor*innen beziehen sich in der ethischen Diskussion zu KOMI auf die Risiken der späten Mutterschaft. Vorstellungen von Natürlichkeit und Normalität wirken sich dabei implizit so aus, dass späte Mutterschaft negativ bewertet wird. Häufig beziehen sich Autor*innen in der ethischen Debatte auf die hohen Risiken einer späten Mutterschaft für die Frau und das Kind, um späte Mutterschaft zu problematisieren. Doch auch wenn sich die Risiken bei einer späten Mutterschaft erhöhen, ist ein positives Outcome für Frau und Kind wahrscheinlich. Gerät nur das Alter der Frau in den Fokus, werden darüber hinaus andere Faktoren vernachlässigt, welche ein Outcome der Schwangerschaft negativ oder positiv beeinflussen können, z.B. das Alter des Vaters oder die allgemeine körperliche Verfassung der Frau. Bevor ich auf die ethische Debatte zu Natürlichkeit und später Mutterschaft eingehe, möchte ich die Risiken einer späten Mutterschaft noch einmal zusammenfassen.

Späte Mutterschaft wird intensiv unter soziodemographischen, medizinischen und philosophischen Gesichtspunkten diskutiert. Im soziodemographischen Kontext wird das Verschieben der Mutterschaft auf einen späteren Lebenszeitpunkt mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Kinderlosigkeit verknüpft (Statistisches Bundesamt 2012, S. 10). Die sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung werden dabei als „große Herausforderung“ für Deutschland dargestellt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014). In der Medizin wird späte Mutterschaft insbesondere mit Bezug auf erhöhte Risiken diskutiert. Späte Mutterschaft ist aber ein unklar definierter Begriff. Häufig werden Schwangerschaften schon ab einem Alter der Frau von 35 Jahren als Risikoschwangerschaft und damit als ‚spät‘ gewertet (Gerhard und Feige 2005, S. 53). Von postmenopausalen Schwangerschaften werden sie nicht ausreichend differenziert; ob sie unter später Mutterschaft subsumiert werden oder einen eigenen Komplex bilden sollen, ist unklar. Erhöhte Risiken für chromosomale Fehlbildungen, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie und Placenta praevia werden mit später Mutterschaft assoziiert (z.B. Cleary-Goldman et al. 2005; Carolan et al. 2013). Das Risiko für chromosomale Fehlbildungen steigt mit dem Alter der Eizelle und ist somit im Falle von KOMI erst dann relevant, wenn sich Frauen ab einem Alter von 40 Jahren Eizellen einfrieren lassen (Tachibana-Konwalski et al. 2013). Für Schwangerschaftsdiabetes und Präeklampsie liegt das Risiko bei Frauen ab 40 Jahren zwischen 10 und 20% (Cleary-Goldman et al. 2005; Yogeve et al. 2010). Eine Placenta praevia tritt bei Frauen über 40 Jahren zwischen 2% und 6% der Fälle auf (ebd., Yogeve et al. 2010). Risiken für das Neugeborene sind vor allem Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht und eine daraus resultierende höhere perinatale Morbidität und Mortalität (Cleary-Goldman et al. 2005; Jacobsson et al. 2004; Carolan et al. 2013). Generell ist allerdings ein positives Outcome der Schwangerschaft möglich (Bianco et al. 1996; Carolan et al. 2013; Cleary-Goldman et al. 2005; Dildy et al. 1996; Jacobsson et al. 2004). Bei Dildy et al. (1996) verliefen z.B. 53% der Schwangerschaften von über 45-jährigen Frauen komplikationslos, bei Carolan et al. (2013) waren es sogar 80%. Weder scheint das medizinische Risiko eindeutig ab einem bestimmten Lebensalter exponentiell anzusteigen (Cleary-Goldman et al. 2005; Kenny et al. 2013), noch eine späte Mutterschaft grundsätzlich mit sehr hohen Risiken für Komplikationen assoziiert zu sein.

Hohes mütterliches Alter ist ein unabhängiger und direkter Risikofaktor für Komplikationen in der Schwangerschaft (Ritzinger et al. 2011; Balasch und Gratacós 2012). Zugrundeliegende Vorerkrankungen und der körperliche Allgemeinzustand scheinen jedoch bedeutende Prädiktoren für Schwangerschaftskomplikationen zu sein (Carolan et al. 2013). In der Diskussion um späte Mutterschaft werden überdies protektive Faktoren selten erwähnt. Ein hoher sozioökonomischer Status verringert beispielsweise

das Risiko einer Frühgeburtlichkeit im Alter (Peters 2010, S. 42; Carolan et al. 2013). Ebenso unterrepräsentiert sind Studien zu Risiken des höheren männlichen Alters für Schwangerschaft und Geburt. Auch in soziodemographischer Hinsicht wird das Verschieben des männlichen Kinderwunsches zwar registriert, doch wird die damit verbundene Verantwortung, also die moralische Dimension später Vaterschaft, ungleich seltener diskutiert, als dies bei später Mutterschaft der Fall ist. Soziodemographischen Daten zur Geburtenstatistik werden anhand der Formel „Kinderzahl pro Frau“ präsentiert. Der Mann gerät dabei in soziodemographischen Darstellungen als Einflussfaktor für ein Verschieben der Mutterschaft in den Hintergrund, häufiger wird die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf nur im Hinblick auf die Frau thematisiert (z.B. Kröhnert et al. 2006; Sobotka 2009). Die späte Schwangerschaft erscheint mit Blick auf diese Teilergebnisse als ein allein durch die Frau positiv oder negativ beeinflussbares Ereignis, konzentriert auf das Alter der Frau und losgelöst von sozioökonomischen und psychischen Faktoren. Dieser Tendenz gilt es mit einer aus soziodemographischer und medizinischer Sicht ausgewogenen Darstellung entgegenzuwirken.

Erhöhte Risiken für Mutter und Kind werden insbesondere in der Debatte zu später Mutterschaft als vermeintlich objektive Kriterien verwendet, um eine späte Mutterschaft zu problematisieren. Der Begriff des Risikos spielt somit auch in der Debatte zu KOMI eine entscheidende Rolle. Mit ihm begründen Autor*innen ihre moralischen Bewertungen, beispielsweise für eine Altersbegrenzung der späten Schwangerschaft. Allerdings ist die Verwendung des Begriffs Risiko unscharf. Der Begriff kann auf die körperliche Dimension beschränkt sein oder aber die individuelle Bewertung des Risikos durch die Frau einbeziehen. Die Risikobewertung ist also nicht unabhängig davon, wer das Risiko verursacht und unter welchen Umständen das Risiko existiert. Welche Situationen Menschen als gefährlich oder risikobehaftet beurteilen ist „durch rein objektive Risikomaße nicht zu erfassen (Birnbacher 2006, S. 23).

Auch in der Debatte über KOMI weisen Kritiker*innen von KOMI auf die hohen Risiken des Verfahrens hin, um das Verfahren als bedenklich einzustufen (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012; Bittner und Müller 2010; Harwood 2009), während Befürworter*innen die positiven Erfolgsraten hervorheben (z.B. Goold und Savulescu 2009). Die Medizinethiker Beauchamp und Childress betonen allerdings zu Recht, dass quantitative Wahrscheinlichkeitsaussagen allein nicht ausreichend sind, um Schlussfolgerungen über die Akzeptanz von Risiken zu machen (Beauchamp und Childress 2009, S. 228). Das bedeutet nicht, dass Risikoberechnungen ihre Berechtigung im medizinischen Alltag verlieren, sondern dass in der moralischen Wertung sowie in der praktischen Anwendung

medizinischer Verfahren Raum für die individuelle Einschätzung von Risiken bleiben muss (Trotter 2014).

Späte Mutterschaft in der Diskussion zu KOMI

In der Debatte zu KOMI wird späte Mutterschaft, wie erwähnt, zumeist aus einer risikozentrierten Perspektive betrachtet. Natürlichkeits- und Normalitätsvorstellungen beeinflussen dabei implizit die Bewertung von später Mutterschaft nach KOMI. Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev (2012) stellen beispielsweise die Kompetenz der Eltern in Frage, im hohen Alter emotional und körperlich der Erziehung ihres Kindes gewachsen zu sein. Hier werden der Einschätzung bestimmte Vorannahmen von körperlicher Gebrechlichkeit und emotionaler Instabilität im Alter zugrunde gelegt. Auch Dondorp und de Wert (2009) problematisieren späte Mutterschaft, allerdings aufgrund widersprüchlicher Studienergebnisse zu Risiken bei später Mutterschaft. Abgesehen davon, dass aus widersprüchlichen Ergebnissen eben keine klare Position erwachsen kann, kommen die von den Autoren zitierten Studien (Antinori et al. 2003; Chibber 2005; Paulson et al. 2002) bis auf eine Ausnahme (Simchen et al. 2006) zu dem Schluss, dass ein positives Outcome auch bei Mutterschaft nach dem 50. Lebensjahr durchaus wahrscheinlich ist. Dies deckt sich mit den Ergebnissen meiner Analyse medizinischer Literatur zu später Mutterschaft. Die Sorge um die psychosoziale Entwicklung des Kindes wird bei Dondorp und de Wert (2009) allein mit dem Verweis auf die späte Elternschaft geäußert. Auch hier scheint eine stark verallgemeinernde Vorstellung von physischer und psychischer Schwäche im Alter, ähnlich wie bei Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev (2012), als ausreichend angesehen werden, eine kritische Position zu später Mutterschaft zu rechtfertigen. Doch diese Argumentation ist weder ausreichend noch überzeugend. Viel eher deutet sie darauf hin, dass implizite Werturteile wie die einer positiven Konnotation von früher Mutterschaft die Beurteilung von später Mutterschaft nach KOMI lenken. Körperliche Fitness allein ist nicht ausschlaggebend für eine gute Versorgung von Kindern; Kriterien wie Zuneigung, Zuverlässigkeit und eine stabile Beziehung sind entscheidender für eine positive Entwicklung des Kindes (Goold 2005). Dass die körperliche Konstitution dem Alter abzulesen sei, ist darüber hinaus auf ein stark vereinfachtes Verständnis des Alters zurückzuführen. Die allgemein verbreitete negative Bewertung postmenopausaler Mutterschaft ist nicht in einer grundsätzlichen körperlichen oder psychischen Unfähigkeit von Frauen begründet, im höheren Alter für ein Kind zu sorgen. Sie entspricht vielmehr einem Begründungsmuster der kulturellen westlichen Norm von Mutterschaft (Parks 1999; Petropanagos 2013). Die unterschiedlichen Lebenssituationen, in denen sich Frauen befinden, werden mit dem Kriterium Alter allein nicht abgebildet. Alter stellt also

aufgrund der möglichen Diskrepanz zwischen biologischem und chronologischem Alter kein eindeutiges Kriterium für die moralische und medizinische Bewertung der Situation der Frau dar.

Altersbegrenzung bei KOMI

Dennoch gibt es einige Autor*innen, die in der Diskussion zu KOMI eine Altersbegrenzung für moralisch geboten halten. Begründungen für eine Begrenzung sind die Menopause als natürliche Grenze, eingeschränkte autonome Entscheidungsfähigkeit im Alter, körperliche Risiken für die Frau und das Kindeswohl. Die Sorge um das Kindeswohl ist das am häufigsten genannte Argument für eine Begrenzung von KOMI bei später Mutterschaft (Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012; Dondorp und de Wert 2009; Goold und Savulescu 2009; Bittner und Müller 2010). Insbesondere die Wahrscheinlichkeit, in frühen Jahren einen Elternteil zu verlieren, wird als Begründung aufgeführt. Goold und Savulescu verweisen beispielsweise darauf, dass ein moralischer Unterschied zwischen einem schicksalshaften Tod in jungen Jahren und einem wahrscheinlichen Tod im hohen Alter bestehe (Goold und Savulescu 2009, S. 55). Es ist tatsächlich wahrscheinlicher, im höheren Alter zu sterben. Diese Tatsache betrifft jedoch Männer und Frauen gleichermaßen (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b). Der Argumentationslinie folgend müsste eine späte Elternschaft konsequenterweise bei Frauen wie bei Männern problematisiert werden. Ich habe bereits erwähnt, dass der Verweis auf eine unklare psychosoziale Entwicklung des Kindes, wie ihn Dondorp und de Wert (2009) vorbringen, als Argument nicht ausreicht, um eine Begrenzung von KOMI bis zum Alter von 50 Jahren mit einem gefährdeten Kindeswohl zu begründen. Auch unter den RM sehen nur 41,4% das Kindeswohl bei später Mutterschaft nach KOMI als gefährdet.

Die körperlichen Risiken für die Frau bei einer Schwangerschaft im hohen Lebensalter werden von einigen Autor*innen als Begründung vorgebracht (Dondorp und de Wert 2009; Petropanagos 2013). Die Risiken sind tatsächlich erhöht. Die körperlichen Risiken bei später Schwangerschaft können also ein valides Argument darstellen, um einen Embryo nach KOMI nicht mehr zu übertragen. Auch 56,6% der RM schätzen die körperlichen Risiken für die Frau bei später Schwangerschaft als hoch ein. Da die Risiken jedoch abhängig vom körperlichen Allgemeinzustand der Frau sind und chronologisches und biologisches Alter sich nicht entsprechen müssen, können sie nicht für pauschale Urteile herangezogen werden. Die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Intervention ist darüber hinaus ebenfalls von der subjektiven Bewertung des Risikos und der Zielsetzung abhängig, diese kann nicht unabhängig von der Frau getroffen werden.

Eine Entscheidung von Fall zu Fall scheint daher die bessere Option, KOMI im Alter gegebenenfalls zu begrenzen.

Die Zielsetzung von Frauen mit dem Wunsch für eine späte Mutterschaft hinterfragen einige Autor*innen in der Debatte über KOMI (Eichinger und Bittner 2010; Petropanagos 2013). Wegen der besonderen Diskriminierung der Frau im Alter würden Frauen die hohen Risiken einer späten Mutterschaft akzeptieren, um so einem Jugendlichkeitsideal entsprechen zu können. Aufgrund der hohen körperlichen Risiken sowie der beeinträchtigten Autonomie der Frau sei eine Altersbegrenzung daher gerechtfertigt. Die Vorstellung von der generell altersdiskriminierten Frau ist jedoch zu sehr verallgemeinernd (Kornadt et al. 2013). Altersdiskriminierung erfahren sowohl Frauen als auch Männer, und der Blick auf die tatsächlich existierenden Machtverhältnisse im Alter weisen andere Kategorien wie soziale Lage, ethnische Zugehörigkeit, sexuelle Orientierung oder körperliche Behinderung als Kategorien als relevanter aus (Calasanti und Slevin 2006; Wurm und Huxhold 2012). Die Wahrnehmung von Alter ist komplex und sowohl negativ als auch positiv. Altersdiskriminierung ist abhängig vom Kontext; Arbeitsmarkt, Pflege von Angehörigen oder Altersvorsorge sind Bereiche, in denen die Diskriminierung von Frauen in der Tat noch eine Rolle spielt (Calasanti und Slevin 2001). Doch ein eindeutiger Zusammenhang zwischen spätem Kinderwunsch und einer Altersdiskriminierung von Frauen kann nicht ohne weiteres konstatiert werden. Die Gefahr einer Bagatellisierung des Alters und seiner Folgen ist zwar tatsächlich bei der Anwendung von KOMI im hohen Lebensalter nicht von der Hand zu weisen. Allerdings führt die hier skizzierte Position in ihrer extremen Ausprägung dazu, eine Gruppe von Menschen eines bestimmten Lebensalters oder Lebensabschnitts pauschal zu bewerten, obgleich der Verweis auf Alter allein ein solches Urteil nicht erlaubt, d.h. selbst altersdiskriminierend zu wirken. Daher halte ich das Argument für unzureichend, um die Verwendung von KOMI zu begrenzen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es aus ethischer Sicht keine überzeugenden Argumente gibt, eine starre obere Altersgrenze für KOMI festzulegen. Die Menopause als natürliche Grenze zu akzeptieren kommt einem naturalistischen oder normalistischen Fehlschluss gleich. Weder zeigt die Studienlage, dass diese Grenze aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist, noch lässt sich aus der Tatsache, dass die Menopause normalerweise um das 50. Lebensjahr eintritt, eine moralische Bewertung der späten Mutterschaft ableiten.

4.2.4 KINDESWOHL

Mit dem Verweis auf das Kindeswohl werden in der ethischen Auseinandersetzung die moralischen Rechte des Kindes in den Blick genommen. Es ist allerdings ein uneindeutiger Begriff, der in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Anforderungen meint. Im juristischen Kontext wird unter Kindeswohl beispielsweise ein Schutzanspruch des Kindes verstanden, in medizinisch-psychologischer Hinsicht die Möglichkeit zu einer normalen Entwicklung (Dettenborn 2010). Die Abhängigkeit des Kindes am Beginn seines Lebens und seine Entwicklungs- und Lernfähigkeit können das Kindeswohl als ein eigenständiges ethisches Prinzip begründen (Schickhardt 2012, S. 18). Das ethische Prinzip ist jedoch inhaltlich unklar. Häufig werden alltagsweltliche Vorstellungen einer guten Kindheit in das Konzept des Kindeswohls integriert, ohne diese als Prämissen deutlich zu machen oder zu begründen. Die moralphilosophische Debatte unterscheidet dazu Maximal- und Minimalstandards. Unter Maximalstandards, beispielsweise dem Best-Interest-Standard (BIS), wird die Präsiktion verstanden, im „besten Interesse“ des Kindes zu handeln. Das „objektiv Beste“ muss jedoch nicht den subjektiven Wünschen des Kindes entsprechen (Dörries 2003; Wiesemann 2014). Insbesondere im reproduktionsmedizinischen Kontext ist fraglich, inwiefern dieses Konzept bei präkonzeptionellen Entscheidungen anwendbar ist, und wer in diesen Situationen „das Beste“ bestimmt. Potentielle Menschen können ohnehin aufgrund des Nicht-Identitäts-Problems nicht ohne weiteres mit existierenden Menschen gleichgesetzt werden (Parfit 1984). In der Debatte über das Kindeswohl bei präkonzeptionellen Entscheidungen ist der Vergleich des zu beurteilenden Kindes mit einem unter anderen Umständen geborenen Kind daher irreführend, denn die Alternative zu diesem Kind wäre die Nicht-Existenz (Strong 1998). Das erschwert die Beurteilung im Vergleich zu anderen Kindern, die zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt geboren werden könnten. Auch die Interessen der Eltern scheinen in Hinblick auf die völlige Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern zu Lebensbeginn und der langen Beziehung, welche Eltern zu ihrem Kind eingehen, in Maximalstandards des Kindeswohls zu wenig Berücksichtigung zu finden (Wiesemann 2010, S. 64). Minimalstandards scheinen daher besser geeignet zu sein, die Interessen des Gesamtgefüges Familie in angemessener Weise abzubilden. Auch hier stellt sich allerdings die Frage, inwiefern die zukünftigen Schäden oder Interessen des Kindes in präkonzeptionellen Entscheidungssituationen bestimmt werden können. Bei einem Minimalstandard müssten daher die in die Bewertung einfließenden Kriterien spezifiziert werden.

Ein mögliches Kriterium ist die Vermeidung von Schaden. In vielen Argumentationen zum Kindeswohl spielen Schaden oder Leid eine zentrale Rolle. Was allerdings genau unter ‚Schaden‘ zu verstehen ist, bleibt häufig unterbestimmt. Ob und wie beispielsweise nur der körperliche Schaden Berücksichtigung finden oder auch das subjektiv erfahrbare Leid in die Beurteilung einfließen soll, wird nicht immer deutlich. Das Schadensprinzip eignet sich zur Begutachtung präkonzeptioneller Situationen daher nicht nur deshalb schlecht, weil auch hier das Nicht-Identitäts-Problem einen interindividuellen Vergleich aus moralischer Sicht erschwert (Smajdor 2014). Auch die Schwierigkeit, Leid, das nur subjektiv erfahren wird, zu messen oder gar im Voraus zu bestimmen, erschwert eine Anwendung des Schadensprinzips. Wird jedoch psychisches Leid in die Begutachtung des Kindeswohls einbezogen, wie beispielsweise von Williams und Harris (2014), ohne genau zu erläutern, was darunter zu verstehen ist und wie es ermittelt werden kann, führt dies zu einer substantiellen Ausweitung des Kindeswohlprinzips. Unter dem Begriff des subjektiven Leids können dann Annahmen zum ‚guten Leben‘ subsumiert werden, ohne ein aus normativer Sicht entscheidendes Kriterium für das Wohl des Kindes zu sein.

Fast alle Autor*innen in der Debatte zu KOMI beziehen sich indirekt auf das Wohl des Kindes. Das Argument ist in der Regel theoretisch unterbestimmt. Es klingen zwar Maximal- oder Minimalstandards an, diese sind allerdings nur indirekt der Argumentation zu entnehmen. Harwood sowie Bittner und Müller vertreten eher einen Maximalstandard. Sie verweisen entweder auf das „beste Interesse“ des Kindes (Harwood 2009, S. 41) oder geben eine gehaltvolle Beschreibung der Bedingungen, die für das Kindeswohl förderlich sein können (Bittner und Müller 2010, S. 39). Maximalstandards führen jedoch insbesondere bei präkonzeptionellen Entscheidungen zu einigen Schwierigkeiten, da weder bestimmbar ist, was das „beste Interesse“ des zukünftigen Kindes ist, noch wie die förderlichen Bedingungen für das Kindeswohl zu Lebzeiten des Kindes sein werden. Einige Autor*innen rekurren auch auf das Verhalten der Eltern, um Aussagen über das Kindeswohl zu machen. Populäre lebensweltliche Vorstellungen von einer guten Kindheit mit sozial integrierten und gut vernetzten jungen Eltern werden beispielsweise als Argumente *gegen* KOMI vorgebracht (Bittner und Müller 2010). Auch wenn umgekehrt *für* KOMI mit den möglichen Vorteilen einer späten Elternschaft wie der finanziellen Sicherheit der Eltern (Goold und Savulescu 2009) argumentiert wird, entspricht dies zwar verbreiteten Vorstellungen einer guten Kindheit, gibt aber keine entscheidenden Hinweise, welche Bedingungen dafür aus moralischer Sicht entscheidend sind. Wer Kindeswohl über Vorstellungen einer guten Kindheit bestimmt, läuft Gefahr, willkürliche, intuitiv plausible Kriterien zu verwenden, ohne diese weiter zu begründen. Dagegen stellen Minimalstandards, wie von Dondorp und de Wert (2009) in der Debatte zu KOMI

vorgeschlagen, einen besseren Ansatz dar, um das Kindeswohl präkonzeptionell abzuschätzen.

Einige Autor*innen gehen auch auf den möglichen Schaden für das zukünftige Kind ein (z.B. Dondorp und de Wert 2009; Goold und Savulescu 2009; Harwood 2009). Beziehen sie sich hauptsächlich auf den körperlichen Schaden (Harwood 2009), so ist das ein relevantes Argument in der Beurteilung präkonzeptioneller Entscheidungen. Auch wenn Schaden als Prinzip mit dem Verweis auf das Nicht-Identitäts-Problem aus moralischer Sicht problematisch ist (Smajdor 2014), so können doch Eltern und Ärzt*innen versuchen, die voraussichtlichen Entwicklungsmöglichkeiten oder -schäden des Kindes abzuschätzen, um darauf basierend eine informierte Entscheidung treffen zu können. Präkonzeptionell können körperliche Risiken nur in wenigen Fällen, z.B. bei monogenetischen Erkrankungen, abgeschätzt werden. Ansonsten werden keine genauen Aussagen möglich sein.

„Schaden“ im Sinne möglicher psychischer Schäden (Dondorp und de Wert 2009) oder gar Schaden jedweder Art (Harwood 2009) ist allerdings als Kriterium zu ungenau. Wie soll der mögliche psychische Schaden präkonzeptionell bestimmt werden? Was genau zählt dazu? Psychisches Leid kann viele Ursachen haben. Welche davon können im präkonzeptionellen Kontext abgeschätzt werden? Überlegungen zu den physischen und psychischen Folgen einer Geburt nach KOMI für das Kind und die Eltern können zwar aus moralischer Sicht Bedeutung haben. Hierbei wird es sich allerdings um eine situationsabhängige Bewertung handeln müssen. Darüber hinaus sind die Eltern die entscheidenden Personen, welche die Verantwortung für das zukünftige Kind übernehmen und ggf. Gefährdungen abwenden können. Daher sollte ihre individuelle Bewertung eines zukünftigen Schadens des Kindes den Ausschlag geben.

Der psychische Schaden, der ggf. durch das subjektive Leid auf Grund eines frühen Verlustes der Eltern entsteht, wird von vielen Autor*innen in der Debatte als Argument genannt, um späte Mutterschaft nach KOMI kritisch zu bewerten (Bittner und Müller 2010; Goold und Savulescu 2009; Petropanagos 2013). Dass ein solcher psychischer Schaden durch den Verlust eines Elternteils für die präkonzeptionelle Begutachtung des Kindeswohls von Bedeutung ist, kann mit dem Hauptgedanken des Kindeswohlarguments im juristischen und moralischen Sinne begründet werden, denn der Schutz- und Entwicklungsanspruch eines Kindes muss gewährleistet sein (Dettenborn 2010; Schickhardt 2012). Der Verlust der Eltern in frühen Lebensjahren kann sich in der Tat negativ auf das Kindeswohl auswirken. Sterblichkeitstabellen erlauben hier eine

objektivierbare Aussage. Beispielsweise könnte eine Altersgrenze ermittelt werden, indem man anhand einer zweifachen Standardabweichung das maximal zu erreichende Lebensalter errechnet und davon 18 Jahre (also die Zeit bis zum Erreichen der Volljährigkeit) abzieht, um so einen Anhaltspunkt dafür zu bekommen, ob die Eltern bis zur Selbständigkeit ihres Kindes leben und somit dessen Schutz- und Entwicklungsanspruch gerecht werden können. Allerdings ist auch hier anzumerken, dass das chronologische Alter allein ein uneindeutiges Kriterium ist. Selbst bei einer zweifachen Standardabweichung weicht rein rechnerisch bei jeder 20. Person die Lebenserwartung von der errechneten Wahrscheinlichkeit ab. Das chronologische Alter sollte zumindest durch Überlegungen zum körperlichen Gesundheitszustand der potentiellen Eltern ergänzt werden.

Nur Goold und Savulescu (2009) sowie Petropanagos (2013) ordnen die Diskussion um das Kindeswohl bei KOMI in einen präkonzeptionellen Kontext ein und integrieren das Nicht-Identitäts-Problem in ihre Argumentation. Das Argument besagt, dass die Alternative zu einem Kind mit KOMI, also einem Kind zu einem späteren Lebenszeitpunkt, nicht ein Kind zu einem früheren Zeitpunkt ist, wie in der Debatte häufig implizit angenommen wird, sondern kein Kind (Goold und Savulescu 2009, S. 55). Die Integration des Nicht-Identitäts-Problems ist in präkonzeptionellen Entscheidungen von besonderer Bedeutung. Ansonsten würden verzerrte Entscheidungskriterien wie körperliche Fitness der Eltern im Vergleich zu einem früheren Zeitpunkt herangezogen werden, obgleich es die Möglichkeit für ein Kind zu einem früheren Zeitpunkt für die Eltern gar nicht gegeben hat.

Im Kontrast zu der in der medizinethischen Debatte häufig geäußerten Sorge über die Gefährdung des Kindeswohls sehen nur 41,4% der RM das Kindeswohl bei später Mutterschaft nach KOMI gefährdet. Eine interessante Forschungsfrage wäre, welche Kriterien RM als ausschlaggebend für eine Gefährdung des Kindeswohls im präkonzeptionellen Kontext erachten. Eine empirische Studie zu Kriterien für Kindeswohl unter Reproduktionsmediziner*innen aus den Niederlanden zeigt, dass nicht alle Kriterien gut begründet sind. Insbesondere dann, wenn psychosoziale Aspekte als Begründung für eine kritische Bewertung des Kindeswohls herangezogen werden, basieren diese nicht immer auf evidenzbasierten Fakten (Hunfeld et al. 2004).

Insgesamt ist die Debatte zum Kindeswohl ebenso wie die Debatte zu später Mutterschaft geprägt von impliziten Werturteilen, die nicht offen gelegt werden. Die theoretischen Grundlagen zum Kindeswohl in der Debatte zu KOMI sind unklar. Selten wird auf den

Unterschied zwischen dem Kindeswohl bei potentiellen und bereits existierenden Kindern eingegangen, obwohl sich daraus entscheidende Änderungen in der ethischen Bewertung ergeben. Welche Kriterien im präkonzeptionellen Kontext anwendbar sein können ist theoretisch unterbestimmt, und dies verleitet dazu, Kriterien einer guten Kindheit der Entscheidung zu unterlegen oder gar das mögliche Verhalten der Eltern als Basis für die Bewertung des Kindeswohls heranzuziehen. Dies führt zu einer substantiellen Ausweitung des Kindeswohls. Autor*innen beziehen sich selten auf den hohen Stellenwert, den die Entscheidung der Eltern für oder gegen ein Kind aus ethischer Sicht einnehmen muss. Da die Eltern diejenigen sind, welche die Verantwortung und die Sorge für das Kind übernehmen werden, sollte die Entscheidung für oder gegen ein Kind auch überwiegend anhand deren Kriterien erfolgen und nicht ausschließlich mithilfe pauschaler Kriterien für das Kindeswohl ermittelt werden.

4.3 REGULIERUNGEN

Regulierungen für das Verfahren KOMI werden sowohl von Autor*innen aus der ethischen Debatte zu KOMI als auch von RM gefordert. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Einige bringen das eben diskutierte Kindeswohl als Argument vor (Goold und Savulescu 2009; Dondorp und de Wert 2009; Bittner und Müller 2010; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Andere halten eine Regulierung aufgrund der unklaren Studienlage von KOMI z.B. zu den Langzeitfolgen für das Kind für notwendig (Harwood 2009; Shkedi-Rafid und Hashiloni-Dolev 2012). Auch die körperlichen Risiken der Frau oder die mangelnde Autonomie bei der Entscheidung für KOMI werden als Gründe vorgebracht (Bittner und Müller 2010; Petropanagos 2013). Sowohl in der ethischen Debatte zu KOMI als auch unter den RM werden allgemeine Regulierungsmaßnahmen und insbesondere auch rechtliche Regelungen für KOMI gewünscht. Unter allgemeinen Regulierungen versteht man beispielsweise die ausführliche Aufklärung durch medizinisches Personal und eine verantwortungsbewusste Werbung, um keine überhöhten Erwartungen zu wecken (Harwood 2009). Eine obere Altersgrenze für die Implantation eines Embryos nach KOMI halten 55,1% der RM notwendig. In der ethischen Debatte wird häufig ein Alter von 50 Jahren der Frau oder das Alter der Menopause als mögliche Grenze angegeben (Bittner und Müller 2010; Dondorp und de Wert 2009; Eichinger und Bittner 2010). Interessanterweise wird auch von Reproduktionsmediziner*innen in der Befragung am häufigsten ein Lebensalter von 50 Jahren als Begrenzung vorgeschlagen. Ob diese

Altersgrenze auf der Vorstellung von der Menopause als natürlicher Grenze beruht, ob das Kindeswohl oder die medizinischen Risiken für die Frau als entscheidenden Kriterien angesehen werden oder aber implizite Normalitätsvorstellungen mit einer Negativbewertung der postmenopausalen Mutterschaft Maßstab für die Bewertung sind, kann man den Antworten allerdings nicht entnehmen. Einige RM schlagen auch vor, die Altersgrenze bei 40, 45 oder 60 Jahren festzusetzen. In der ethischen Debatte argumentieren Goold und Savulescu für eine Fall-zu-Fall-Entscheidung ohne Festlegung einer Altersgrenze (Goold und Savulescu 2009).

Da KOMI bereits in Deutschland durchgeführt wird und eine vermehrte Verwendung des Verfahrens absehbar ist, ist es notwendig, die Rahmenbedingungen von KOMI weiter zu diskutieren. Als Ergebnis meiner Analyse habe ich jedoch keine Argumente identifizieren können, welche für ein vollständiges Verbot von KOMI oder für eine starre Altersgrenze bei der Implantation sprechen. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft kann das Verfahren KOMI angeboten werden, wenn dabei über die Erfolgsraten und die mangelhafte Studienlage aufgeklärt wird. Die Geschlechtergleichheit ist ein Argument, das die Durchführung von KOMI aus moralischer Sicht rechtfertigt. Argumente, welche gegen die Möglichkeit einer autonomen Entscheidung vorgebracht werden, halte ich in einem Land wie Deutschland für nicht plausibel. Nicht alle Frauen handeln unauthentisch oder lassen sich durch soziale Zwänge davon abhalten, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Die Natürlichkeit als Argument anzubringen, um eine Begrenzung mit der Menopause zu rechtfertigen, entspricht ohne weitere Begründung einem naturalistischen und normalistischen Fehlschluss. Eine medizinische Begründung für eine Altersgrenze von 50 oder 60 Jahren gibt es nicht. Das körperliche Risiko für die Frau steigt zwar mit dem Alter, allerdings ist es abhängig vom körperlichen Allgemeinzustand und von den Vorerkrankungen der jeweiligen Frau. Das chronologische Alter ist darüber hinaus ein uneindeutiges Kriterium und muss dem biologischen Alter nicht entsprechen. Das Kindeswohl als Argument kann gegen eine Implantation eines Embryos nach KOMI im hohen Lebensalter sprechen, allerdings nur dann, wenn Sorge besteht, dass die Eltern dem Schutz- und Entwicklungsanspruch ihres zukünftigen Kindes nicht gerecht werden können. Ob der Schutz- und Entwicklungsanspruch des Kindes gesichert ist, kann in präkonzeptionellen Entscheidungssituationen nur abgeschätzt werden. Insbesondere eine hohe Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Zeitraums von 18 Jahren zu sterben, kann bei einem hohen Lebensalter der potentiellen Eltern eine Begrenzung einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme rechtfertigen. Dies ist aber im Einzelfall zu entscheiden und auch abhängig davon, wie alt die jeweiligen Lebenspartner*innen sind. Das Argument der physischen Labilität der Eltern ist aus moralischer Sicht nicht

ausreichend, das Kindeswohl als gefährdet einzustufen. Psychosoziale Aspekte werden häufig für eine Einschätzung des Kindeswohls angeführt, sind aber selten empirisch belegt. Aus ethischer Sicht gilt die Zusicherung der elterlichen Verantwortungsübernahme als entscheidend. Auf Grund dieser Zusicherung können wegen des Nicht-Identitäts-Problems auch höhere Risiken für einen Schaden des Kindes akzeptiert werden.

Viele RM wünschen sich eine Regelung der Aufbewahrungsdauer von Oozyten (30,1%) und wollen wissen, was mit den nicht verwendeten Oozyten geschehen soll (35,3%). Da nach derzeitiger Rechtslage die Eizellen nicht für andere Frauen gespendet werden dürfen, könnte eine erneute Auseinandersetzung mit der Verwendung von diesen Eizellen sinnvoll sein. Immerhin findet ein Drittel der Ärzt*innenschaft die aktuelle Regelung im Embryonenschutzgesetz nicht zufriedenstellend. Vor diesem Hintergrund könnte das Verbot der Eizellspende in Deutschland neu diskutiert werden, da zumindest ein Argument für die kritische Beurteilung der Eizellspende entfällt, denn die Ausbeutung finanziell schlechter gestellter Frauen würde dann keine Rolle mehr spielen. In der ethischen Debatte werden die Probleme der Aufbewahrungsdauer und Handhabung nicht verwendeter Oozyten bisher nicht erwähnt.

Die Kostenübernahme von KOMI scheint nach Ansicht der RM kein regelungsbedürftiger Aspekt zu sein, da nur 8,1% der Ärzt*innen dies fordern. Wird Gleichheit als Verteilungsgleichheit verstanden, spielen die Finanzierungsmöglichkeiten von KOMI jedoch eine Rolle. Allerdings spricht die Tatsache, dass es sich bei KOMI um ein elektives Verfahren bei gesunden Frauen handelt, dagegen, eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen zu fordern. Möglichkeiten der Kostenübernahme müssten jedoch erneut diskutiert werden, wenn ein respektabler Anteil von Frauen die Kostenübernahme einfordern würde.

Neben einer Altersgrenze werden jedoch eine umfangreiche Aufklärung und ein verantwortungsbewusster Umgang mit Werbung für KOMI gefordert (Harwood 2009). Diese letzteren Aspekte halte auch ich in Bezug auf eine selbstbestimmte Entscheidung für KOMI für entscheidend.

Aus der Analyse der in dieser Arbeit untersuchten Argumente ergibt sich, dass das Angebot von KOMI ethisch gerechtfertigt werden kann. Im Aufklärungsgespräch ist insbesondere der Hinweis auf die Erfolgsrate erforderlich, denn die mögliche Lebendgeburtrate beträgt etwa 10-20% und sinkt mit steigendem Alter der Frau bei Eizellentnahme (Cil et al. 2013). Eine höhere Erfolgsrate kann je nach Anzahl und Qualität weiterer Eizellen erzielt werden. Auch die Risiken einer möglichen späteren

Schwangerschaft sowie die Risiken für das Kind sollten bei der Aufklärung erwähnt werden. Eine rechtliche Regelung einer starren oberen Altersgrenze ist aus ethischer Sicht jedoch nicht plausibel. Stattdessen wäre eine Fall-zu-Fall-Entscheidung die ethisch angemessenere Variante.

4.4 FORSCHUNGSDESIDERATE

Wie bei jeder wissenschaftlichen Arbeit brachte auch die Analyse meines Themas neue Forschungsfragen hervor. In der medizinischen Forschung sind dringend Vergleichsstudien mit unterschiedlichen Kryoprotektiva und schnellen und langsamen Gefrierverfahren erforderlich, um bessere Aussagen zu Erfolgsraten und insbesondere zu Lebendgeburtsraten machen zu können. Auch die Implantationsrate und Lebendgeburtsrate bei unterschiedlichen Altersstufen der Frau sollten erforscht werden, da derzeit nur theoretische Berechnungen dazu erfolgen konnten. Weitere Studien zur Toxizität von Kryoprotektiva sind nötig, ebenso Studien zu den Langzeitfolgen für die Entwicklung der Kinder nach KOMI. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten bei unterschiedlichen Gefrierprotokollen zu erreichen, wäre es hilfreich, die verwendeten Kryoverfahren für KOMI im Deutschen IVF-Register zu registrieren, um sie bezüglich der Erfolgsraten auswerten zu können. Studien zu Mutterschaft auch im Alter von über 50 Jahren sind wünschenswert, dabei sollten soziokulturelle Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Bessere Daten zu später Vaterschaft sind ebenfalls erforderlich.

Aus sozialwissenschaftlicher und medizinethischer Sicht ist es erforderlich, mehr qualitative Studien zur Einstellung von Frauen bezüglich KOMI durchzuführen, um die theoretischen Überlegungen der ethischen Diskussion über KOMI mit besseren empirischen Erkenntnissen zu untermauern. Und schließlich bedarf das Konzept des Kindeswohls im präkonzeptionellen Kontext dringend einer eingehenderen theoretischen Erörterung.

4.5 FAZIT

Die Intensität der ethischen Diskussion über KOMI speist sich aus Ängsten vor einer zunehmenden Technisierung der Fortpflanzung und einer Veränderung von Familienstrukturen. Der gesellschaftliche Wandel infolge einer höheren Lebenserwartung, eines steigenden Lebensalters der Eltern bei Erstgeburt und sich verändernder Geschlechterrollen ist jedoch nicht Folge der Technisierung der Fortpflanzung. Vielmehr ist die Nachfrage nach KOMI ein Ausdruck dieser gesellschaftlichen Veränderungen. KOMI wird meines Erachtens für Frauen eine Möglichkeit unter vielen bleiben, ein Kind zu bekommen oder die Erfüllung des Kinderwunsches aufzuschieben. Es bleibt abzuwarten,

wie sich dieses Verfahren auf längere Sicht in der Praxis etablieren wird. Aus ethischer Sicht ist es jedoch vertretbar, Frauen KOMI anzubieten, solange es nicht als eine sichere Option dargestellt wird, in späteren Jahren noch ein Kind bekommen zu können.

5 ANHANG

5.1 TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Transdisziplinäres Mehrebenenmodell von Krones	32
Tab. 2: Soziodemographische Daten	49

5.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Übersicht über das Zusammenwirken verschiedener Methoden in der Arbeit	17
Abb. 2: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KMI persönlich anbieten	50
Abb. 3: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KOMI persönlich anbieten	51
Abb. 4: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KMI voraussichtlich in den nächsten zehn Jahren anbieten werden	51
Abb. 5: Anzahl der Studienteilnehmer*innen, die KOMI voraussichtlich in den nächsten zehn Jahren anbieten	52
Abb. 6: Durchführung von KMI in den vergangenen zwölf Monaten	53
Abb. 7: Durchführung von KOMI in den vergangenen zwölf Monaten	53
Abb. 8: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Nachfrage bezüglich KOMI	54
Abb. 9: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Sicherheit und Effizienz von KOMI	55
Abb. 10: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Einschätzung der ethischen Vertretbarkeit von KOMI	56
Abb. 11: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Selbstbestimmung der Frau	57
Abb. 12.1: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum späten Kinderwunsch	58
Abb. 12.2: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter	59
Abb. 13: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur menschlichen Natur	59
Abb. 14: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum körperlichen Risiko der Frau bei später Schwangerschaft nach KOMI	60
Abb. 15: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI	61
Abb. 16: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zur wirtschaftlichen Attraktivität von KOMI	61
Abb. 17: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zu rechtlichen Regelungen für KOMI	63
Abb. 18: Antwortverhalten von Studienteilnehmer*innen zu spezifischen Regelungen für KOMI	63
Abb. 19: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zur ethischen Vertretbarkeit von KOMI	66
Abb. 20: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zur Selbstbestimmung der Frau	66
Abb. 21: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zu Mutterschaft im fortgeschrittenen Lebensalter	67
Abb. 22: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zur menschlichen Natur	68

Abb. 23.1: Einstellung weiblichen und männlichen Ärzt*innen zum körperlichen Risiko der Frau bei später Mutterschaft	69
Abb. 23.2: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI	70
Abb. 24.1: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zur Notwendigkeit rechtlicher Regulierung von KOMI	71
Abb. 24.2: Einstellung von weiblichen und männlichen Ärzt*innen zur Notwendigkeit der Regelung eines Höchstalters für die Implantation eines Embryos nach KOMI	71
Abb. 25: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zur Sicherheit und Effizienz von KOMI	73
Abb. 26: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zur ethischen Vertretbarkeit von KOMI	73
Abb. 27: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zur Selbstbestimmung der Frau	74
Abb. 28: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zur menschlichen Natur	75
Abb. 29.1: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zum körperlichen Risiko der Frau bei später Mutterschaft nach KOMI	76
Abb. 29.2: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zum möglichen Nachteil für das Kind bei später Mutterschaft nach KOMI	76
Abb. 30: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten, und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten, zu rechtlichen Regelungen für KOMI	77
Abb. 31: Einstellung von Ärzt*innen, die KOMI anbieten und Ärzt*innen, die KOMI nicht anbieten zur wirtschaftlichen Attraktivität von KOMI	78

5.3 ORIGINALFRAGEBOGEN

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Bitte zurück an:
Projekt "Kryokonservierung"
Abt. Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Fax: 0551-39 9554

Ethik und Geschichte der Medizin
Direktorin: Prof. Dr. Claudia Wiesemann

0551 / 39-9006 **Telefon**
0551 / 39-9554 **Fax**
cwiesem@gwdg.de **E-Mail**
www.egm.med.uni-goettingen.de **Homepage**

Fragebogen

Zu den ethischen Aspekten der Kryokonservierung unbefruchteter Oozyten



© Dr. Andrew Y. Silverman, M.D., Ph.D., P.C.

Wir informieren Sie gern über die Ergebnisse der Fragebogenstudie. Dazu können Sie hier Ihre Adresse angeben:

.....
Stempel/ Name des Absenders

Der beigefügte Fragebogen wird separat aufbewahrt und vollständig anonymisiert ausgewertet.



Wir möchten Sie bitten, folgende Fragen zur Kryokonservierung unbefruchteter Oozyten in Ihrer Berufspraxis zu beantworten.

Begriffsdefinition: Im nachfolgenden Fragebogen ist bei Nennung der Begriffe **Kryokonservierung** oder **Verfahren** immer **Kryokonservierung unbefruchteter Oozyten im Metaphase II Stadium nach kontrollierter ovarieller Stimulation** gemeint.

„Social Freezing“ meint die **Kryokonservierung unbefruchteter Oozyten im Metaphase II Stadium nach kontrollierter ovarieller Stimulation**, um der betreffenden Frau die Möglichkeit zu geben, zu einem **späteren Zeitpunkt**, ggf. auch nach der Menopause, ihren **Kinderwunsch zu erfüllen**.

1. Welche der folgenden Verfahren bieten Sie persönlich an?
(Mehrfachnennung möglich)

- Kryokonservierung mit medizinischer Indikation
(Krebserkrankung, Azoospermie oder Spermaabgabe am Punktionsstag nicht möglich, Sammeln von Eizellen bei geringer ovarieller Reserve vor Eizellbehandlung)
- Kryokonservierung ohne medizinische Indikation
(„Social Freezing“)
- Keines dieser Verfahren

a) Wenn Sie Kryokonservierung **mit** medizinischer Indikation (Krebserkrankung, Azoospermie oder Spermaabgabe am Punktionsstag nicht möglich, Sammeln von Eizellen bei geringer ovarieller Reserve vor Eizellbehandlung) anbieten:

Wie oft haben Sie das Verfahren in den vergangenen 12 Monaten (seit August 2010) durchgeführt?

- Gar nicht 1-5 mal 6-10 mal mehr als 10 mal mehr als 30 mal

b) Wenn Sie Kryokonservierung **ohne** medizinische Indikation („Social Freezing“) anbieten:

Wie oft haben Sie das Verfahren in den vergangenen 12 Monaten (seit August 2010) durchgeführt?

- Gar nicht 1-5 mal 6-10 mal mehr als 10 mal mehr als 30 mal

[1]

2. Welche der folgenden Verfahren werden Sie voraussichtlich in den nächsten 10 Jahren anbieten? (*Mehrfachnennung möglich*)

- Kryokonservierung mit medizinischer Indikation
(Kreberkrankung, Azoospermie oder Spermaabgabe nicht möglich am Puktionstag, Sammeln von Eizellen bei geringer ovarieller Reserve vor Eizellbehandlung)
- Kryokonservierung ohne medizinische Indikation
(„Social Freezing“)
- Keines dieser Verfahren

3. Wie oft wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten (seit August 2010) von Patientinnen auf das Verfahren der Kryokonservierung **mit** medizinischer Indikation (Kreberkrankung, Azoospermie oder Spermaabgabe nicht möglich am Puktionstag, Sammeln von Eizellen bei geringer ovarieller Reserve vor Eizellbehandlung) angesprochen?

- Gar nicht 1-5 mal 6-10 mal mehr als 10 mal mehr als 30 mal

4. Wie oft wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten (seit August 2010) von Patientinnen auf das Verfahren der Kryokonservierung **ohne** medizinische Indikation („Social Freezing“) angesprochen?

- Gar nicht 1-5 mal 6-10 mal mehr als 10 mal mehr als 30 mal

Im Folgenden interessiert uns Ihre Meinung zu den Aussagen bezüglich Kryokonservierung ohne medizinische Indikation („Social Freezing“).

5. Ich halte die Anwendung, das sogenannte „Social Freezing“, für ethisch vertretbar.

- stimme voll zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

6. Ich halte die Nachfrage bezüglich „Social Freezing“ in der weiblichen Bevölkerung für ausreichend, um diese Form von Kryokonservierung anzubieten.

- stimme voll zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

[2]

7. Ich halte das Verfahren für sicher und effizient.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu
8. Die Selbstbestimmung der Frau sollte letztlich respektiert werden.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu
9. Frauen sollten wie Männer die Möglichkeit haben, auch in späteren Jahren ihren Kinderwunsch zu erfüllen.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu
10. Frauen sollten auch im fortgeschrittenen Alter die Möglichkeit haben, ein biologisch eigenes Kind zu bekommen.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu
11. „Social Freezing“ widerspricht der menschlichen Natur.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu
12. Das körperliche Risiko für die Frau ist bei später Schwangerschaft nach „Social Freezing“ hoch.
- stimme voll zu
 - stimme eher zu
 - stimme eher nicht zu
 - stimme überhaupt nicht zu

[3]

13. Späte Mutterschaft nach „Social Freezing“ ist nachteilig für das geborene Kind.

- stimme voll zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

14. „Social Freezing“ anzubieten halte ich für wirtschaftlich attraktiv.

- stimme voll zu
- stimme eher zu
- stimme eher nicht zu
- stimme überhaupt nicht zu

15. Falls Sie eine persönliche Meinung zu „Social Freezing“ haben, die in den oben genannten Aussagen nicht auftaucht, notieren Sie diese bitte hier:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu rechtlichen Aspekten des Verfahrens.

16. Um „Social Freezing“ in Zukunft anzubieten, sind zusätzliche rechtliche Regelungen notwendig.

Ja

Wenn **Ja**: [bitte weiter mit Frage 17]

Nein

Wenn **Nein**: [bitte weiter mit Frage 18]

[4]

17. Folgende Regelung des „Social Freezings“ halte ich für nötig:
(Mehrfachnennung möglich)

- zur Aufbewahrungsdauer von Oozyten
- zum Umgang mit nicht verwendeten Oozyten
- zum Höchstalter der Frau bei Implantation der befruchteten Oozyten
- zur Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen
- andere:

Zum Schluss möchten wir noch einige Angaben zu Ihrer Person erfragen. Die Anonymität bleibt dabei selbstverständlich gewährleistet.

18. Wie lange sind Sie in der Reproduktionsmedizin tätig?

- bis zu 5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre mehr als 20 Jahre

19. Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich männlich

20. Die Ergebnisse dieser Befragung werden auch für unterschiedliche Altersgruppen ausgewertet. Bitte nennen Sie dazu das Jahr Ihrer Geburt.

19.....

21. Wie viele Kinder haben Sie?

.....

22. Welcher Religionsgemeinschaft gehören Sie an?

- Evangelisch Katholisch Muslimisch Jüdisch Andere Keine

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

[5]

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Schytt E (2013): Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 13, 53–61
- Ach JS, Schöne-Seifert B: "Relationale Autonomie". Eine kritische Analyse. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster 2013, 42–60
- Ali J, Shelton J (1993): Design of vitrification solutions for the cryopreservation of embryos. *J Reprod Fertil* 99, 471–477
- Alichniewicz A, Michalowska M (2014): "The angel of the house" in the realm of ART: feminist approach to oocyte and spare embryo donation for research. *Med Health Care Philos* 17, 123–129
- Almodin CG, Minguetti-Camara VC, Paixao CL, Pereira PC (2010): Embryo development and gestation using fresh and vitrified oocytes. *Hum Reprod* 25, 1192–1198
- Amrhein M (2013): "Deutschland schrumpft" ist kein Schreckensszenario. Interview mit Norbert F. Schneider. <http://www.cicero.de//berliner-republik/deutschland-schrumpft-ist-kein-schreckensszenario/54583>; Zugriff am: 19.02.15
- Andersen CY, Silber SJ, Bergholdt SH, Bergholdt SH, Jorgensen JS, Ernst E (2012): Long-term duration of function of ovarian tissue transplants: case reports. *Reprod Biomed Online* 25, 128–132
- Anderson J: *Relationale Autonomie 2.0*. In: Wiesemann C, Simon A (Hrsg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster 2013, 61–75
- Anger JT, Gilbert BR, Goldstein M (2003): Cryopreservation of Sperm: Indications, Methods and Results. *J Urol* 170, 1079–1084
- Antinori S, Gholami GH, Versaci C, Cerusico F, Dani L, Antinori M, Panci C, Nauman N (2003): Obstetric and prenatal outcome in menopausal women: a 12-year clinical study. *Reprod Biomed Online* 6, 257–261
- Badura J: Kohärentismus. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. J.B. Metzler, Stuttgart 2002, 194–205

- Balasz J, Gratacós E (2012): Delayed childbearing. *Curr Opin Obstet Gynecol* 24, 187–193
- Beauchamp TL: Who Deserves Autonomy, and Whose Autonomy Deserves Respect? In: Taylor JS (Hrsg.): *Personal autonomy. New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge University Press, Cambridge 2008, 310–329
- Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of biomedical ethics*. 6. Auflage; Oxford University Press, New York 2009
- Beck-Gernsheim E: Was kommt nach der Familie? Alte Leitbilder und neue Lebensformen. (Beck'sche Reihe 1243). Orig.-Ausg., 3. überarb. und erw. Auflage; C.H. Beck, München 2010
- Beier K: Zwischen Beharren und Umdenken. Die Herausforderung des politischen Liberalismus durch die moderne Biomedizin. (Campus Forschung 937). Campus, Frankfurt a. M. 2009
- Beier K, Wieseemann C (2010): Zur Dialektik der Elternschaft im Zeitalter der Repronetik. Ein ethischer Dialog. *Dtsch Z Philos* 8, 855–871
- Beier K, Wieseemann C: Reproduktive Autonomie in der liberalen Demokratie. eine ethische Analyse. In: Wieseemann C, Simon A (Hrsg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Mentis, Münster 2013, 199–215
- Belva F, Henriët S, Van den Abbeel, E., Camus M, Devroey P, Van der Elst, J., Liebaers I, Haentjens P, Bonduelle M (2008): Neonatal outcome of 937 children born after transfer of cryopreserved embryos obtained by ICSI and IVF and comparison with outcome data of fresh ICSI and IVF cycles. *Hum Reprod* 23, 2227–2238
- Bennett R (2009): The fallacy of the Principle of Procreative Beneficence. *Bioethics* 23, 265–273
- Bennett R (2014): When Intuition is Not Enough. Why the Principle of Procreative Beneficence Must Work Much Harder to Justify Its Eugenic Vision. *Bioethics* 28, 447–455
- Bennett R, Harris J: Reproductive Choice. In: Rhodes R, Francis L, Silvers A (Hrsg.): *The Blackwell guide to medical ethics*. Band 21, Blackwell Pub., Malden 2007, 201–219
- Benson P: Feminist Intuitions and the Normative Substance of Autonomy. In: Taylor JS (Hrsg.): *Personal autonomy. New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge University Press, Cambridge 2008, 124–142

- Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL (1996): Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 87, 917–922
- Bielefeldt H: Autonomie. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. J.B. Metzler, Stuttgart 2002, 305–308
- Birnbacher D: *Analytische Einführung in die Ethik*. (De Gruyter Studienbuch). De Gruyter, Berlin 2003
- Birnbacher D: *Natürlichkeit*. De Gruyter, Berlin 2006
- Birnbacher D: Natürlich/ künstlich. In: Stoecker R (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Metzler, Stuttgart 2011, 148–152
- Bittner U, Müller O: Technisierung der Lebensführung. Zur ethischen Legitimität des Einfrierens von Eizellen bei gesunden Frauen als Instrument der Familienplanung. In: Honnefelder S (Hrsg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. De Gruyter, Berlin 2010, 23–45
- Borini A, Cattoli M, Bulletti C, Coticchio G (2008): Clinical efficiency of oocyte and embryo cryopreservation. *Ann N Y Acad Sci* 1127, 49–58
- Borry P, Schotsmans P, Dierickx K (2005): The birth of the empirical turn in bioethics. *Bioethics* 19, 49–71
- Bossong N (2014): *Unter dem Gefrierpunkt*.
<http://www.zeit.de/freitext/2014/10/17/apple-facebook-social-freezing/>; Zugriff am: 19.02.2015
- Braun F, Oelkers S, Rogalski K, Bosak J, Sczesny S (2007): “Aus Gründen der Verständlichkeit ...“: Der Einfluss generisch maskuliner und alternativer Personenbezeichnungen auf die kognitive Verarbeitung von Texten. *Psychol Rundsch* 58, 183–189
- Bredenoord A (2010): Genetic Dilemmas and the Right to an Open Future. *Am J Hum Genet* 86, 108
- Broomfield DP, Vishwakarma E, Green L, Patrizio P (2011): Slow freezing vs vitrification of oocytes: a comprehensive meta-analysis. *Fertil Steril* 96, 24
- Brosius F: *SPSS 8.0. Professionelle Statistik unter Windows*. 1. Auflage; MITP-Verlag, Bonn 1999

Bucket W, Chian R: Obstetric and perinatal outcomes in pregnancies conceived following oocyte cryopreservation. In: Chian R, Quinn P (Hrsg.): Fertility cryopreservation. Cambridge University Press, Cambridge 2010, 178–188

Bühl A: SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. (st - Scientific tools). 11. Auflage; Pearson Studium, München 2008

Bundesärztekammer (2006): (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006 –. Dtsch Arztebl 103, A1392-A1403

Bundesgesetzblatt (1990): Gesetz zum Schutz von Embryonen. Embryonenschutzgesetz - EschG.

http://www.bgbl.de/banzxaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&jumpTo=bgbl190s2746.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl190s2746.pdf%27%5D_1423922205532; Zugriff am: 14.02.2015

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Demografischer Wandel. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/demografischer-wandel.html>; Zugriff am: 14.02.2015

Bunge RG, Sherman JK (1953): Fertilizing Capacity of Frozen Human Spermatozoa. Nature 172, 767–768

Bunnik EM, Janssens, A. Cecile J.W., Schermer MH (2014): Informed Consent in Direct-to-Consumer Personal Genome Testing: The Outline of A Model between Specific and Generic Consent. Bioethics 28, 343–351

Calasanti TM, Slevin KF: Gender, social inequalities, and aging. (Gender lens). AltaMira Press, Walnut Creek, CA 2001

Calasanti TM, Slevin KF: Introduction: Age Matters. In: Calasanti TM, Slevin KF (Hrsg.): Age matters. Realigning feminist thinking. Routledge, New York 2006, 1–17

Calasanti TM, Slevin KF, King N (2006): Ageism and Feminism: From "Et Cetera" to Center. NWSA J 18, 13–30

Carolan M, Davey M, Biro M, Kealy M (2013): Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: a population based study. BMC Pregnancy Childbirth 13, 1–8

Cattapan A: A Matter of Choice: Neoliberal Feminism and Social Egg Freezing. Zitiert nach Inhaltsangabe des Vortrages (gehalten 14.10.2014). In: Postponed Motherhood and the Ethics of the Family, Göttingen, 14. bis 15. Oktober 2014; o. Hrsg., o. Verl., Göttingen 2014

Chen C (1986): Pregnancy after human oocyte cryopreservation. *Lancet* 1, 884–886

Chian RC, Huang JY, Gilbert L, Son W, Holzer H, Cui SJ, Buckett WM, Tulandi T, Tan SL (2009): Obstetric outcomes following vitrification of in vitro and in vivo matured oocytes. *Fertil Steril* 91, 2391–2398

Chian RC, Huang JY, Tan SL, Lucena E, Saa A, Rojas A, Ruvalcaba Castellon LA, Garcia Amador MI, Montoya Sarmiento JE. (2008): Obstetric and perinatal outcome in 200 infants conceived from vitrified oocytes. *Reprod Biomed Online* 16, 608–610

Chibber R (2005): Child-bearing beyond age 50: pregnancy outcome in 59 cases "a concern?". *Arch Gynecol Obstet* 271, 189–194

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW (2009): Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 374, 1196–1208

Christman J (1991): Autonomy and Personal History. *Can J Philos* 21

Christman J (2009): Autonomy in Moral and Political Philosophy.

<http://plato.stanford.edu/archives/fall2009/entries/autonomy-moral/>; Zugriff am: 12.01.2011

Cil AP, Seli E (2013): Current trends and progress in clinical applications of oocyte cryopreservation. *Curr Opin Obstet Gynecol* 25, 247–254

Cil AP, Bang H, Oktay K (2013): Age-specific probability of live birth with oocyte cryopreservation: an individual patient data meta-analysis. *Fertil Steril* 100, 492–499

Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade GR, Eddleman KA, Klugman S, Dugoff L (2005): Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome. *Obstet Gynecol* 105, 983–990

Cobo A, Diaz C (2011): Clinical application of oocyte vitrification: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril* 96, 277–285

Cobo A, Meseguer M, Remohi J, Pellicer A (2010): Use of cryo-banked oocytes in an ovum donation programme: a prospective, randomized, controlled, clinical trial. *Hum Reprod* 25, 2239–2246

- Cobo A, Kuwayama M, Pérez S, Ruiz A, Pellicer A, Remohí J (2008): Comparison of concomitant outcome achieved with fresh and cryopreserved donor oocytes vitrified by the Cryotop method. *Fertil Steril* 89, 1657–1664
- Cobo A, Serra V, Garrido N, Olmo I, Pellicer A, Remohí J (2014): Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes. *Fertil Steril* 102, 1006-1015.e4
- Coester M: Kindeswohl: Juristischer Begriff und multidisziplinäre Dimensionen. Zitiert nach Inhaltsangabe des Vortrages (gehalten April 1983). In: *Der Anwalt des Kindes als Konsequenz des heutigen Verständnisses von Kindeswohl - Denkanstöße zu einer Neuorientierung*, Bad Boll, 15. April - 17. April 1983; o. Hrsg., o. Verl., Bad Boll 1983
- Connell R: Gender. In world perspective. (Polity short introductions). 2. Auflage; Polity, Cambridge 2009
- Conrad P (2005): The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 46, 3–14
- Coticchio G, Bonu M, Borini A, Flamigni C (2004): Oocyte cryopreservation: a biological perspective. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 115, 2–7
- Crossley M (2005): Dimensions of Equality in Regulationg Assisted Reproductive Technologies. *J Gender Race & Just* 9, 273–289
- Cutas D (2007): Postmenopausal motherhood. Immoral, illegal? A case study. *Bioethics* 21, 458–463
- de Geyter C, Boehler B, Reiter-Theil S (2010): Differences and similarities in the attitudes of paediatricians, gynaecologists and experienced parents to criteria delineating potential risks for the welfare of children to be conceived with assisted reproduction. *Swiss Med Wkly* 140, 13064–13071
- de Wert G: The Post-menopause: Playground for Reproductive Technology? Some Ethical Reflections. In: Harris J, Holm S (Hrsg.): *The future of human reproduction. Ethics, choice, and regulation*. Clarendon Press; Oxford University Press, Oxford 1998, 221–237
- Dettenborn H: Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte ; mit 5 Tabellen. 3. überarbeitete Auflage; E. Reinhardt, München 2010
- Deutsche Gesellschaft für Angewandte Biostase e.V. (DGAB) (2015): Zukunft erleben. www.biostase.de; Zugriff am: 14.02.2015

- Deutsches IVF Register (2008): Jahrbuch 2007. <http://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dirjahrbuch2007.pdf>; Zugriff am: 15.02.15
- Deutsches IVF Register (2014): Jahrbuch 2013. Modifizierter Nachdruck. J Reproduktionsmed Endokrinol 11, 1-52
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2014): Deutscher Alterssurvey (DEAS): Die zweite Lebenshälfte. <http://www.dza.de/forschung/deas.html>; Zugriff am: 13.12.2015
- Diedrich K: Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelbedarf; Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Friedrich-Ebert-Stiftung, Stabsabteilung, Berlin 2008
- Dildy G, Jackson G, Fowers G, Oshiro B, Varner M, Clark S (1996): Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. Am J Obstet Gynecol 175, 668-674
- Dobritz J (2005): Kinderlosigkeit in Deutschland und Europa. Daten, Trends und Einstellungen. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 30, 359-408
- Dobritz J: Alternde Gesellschaft – der demographische Wandel in Deutschland. Ursachen, Verläufe und Herausforderungen. In: Marianne Heimbach-Steins (Hrsg.): Kindheit und Jugend in alternder Gesellschaft. Band 49, Aschendorff Verlag, Münster 2008, 15-53
- Dondorp W, de Wert G (2009): Fertility preservation for healthy women: ethical aspects. Hum Reprod 24, 1779-1785
- Dörries A: Der Best-Interest Standard in der Pädiatrie - Theoretische Konzeption und klinische Anwendung. In: Wiesemann C (Hrsg.): Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Band 7, Campus-Verl, Frankfurt a. M. 2003, 116-130
- Düwell M: Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. J.B. Metzler, Stuttgart 2008
- Düwell M (2009): Wofür braucht die Medizinethik empirische Methoden? Ethik Med 21, 201-211
- Dworkin G: The theory and practice of autonomy. Univ. Press, Cambridge 2001
- Dworkin R (1981): What is Equality? Part 2: Equality of Resources. Philos Public Aff 10, 283-345

- Dworkin R: Sovereign virtue. The theory and practice of equality. Harvard University Press, Cambridge 2002
- Dworkin R: Was ist Gleichheit? (Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft 1886). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2008
- Dworkin R: Gerechtigkeit für Igel. (Suhrkamp Taschenbücher Wissenschaft 2107). 1. Auflage, neue Ausgabe; Suhrkamp, Berlin 2014
- Edgar DH, Gook DA (2012): A critical appraisal of cryopreservation (slow cooling versus vitrification) of human oocytes and embryos. Hum Reprod Update 18, 536–554
- Eichinger T, Bittner U (2010): Macht Anti-Aging postmenopausale Schwangerschaften erstrebenswert(er)? Ethik Med 22, 19–32
- Extend Fertility (2015): Egg Freezing - Preserve Your Fertility. <http://www.extendfertility.com/>; Zugriff am: 09.02.2015
- Fabrizi R, Porcu E, Marsella T, Rocchetta G, Venturoli S, Flamigni C (2001): Human oocyte cryopreservation: new perspectives regarding oocyte survival. Hum Reprod 16, 411–416
- Faden RR, Beauchamp TL, King NMP: A history and theory of informed consent. Oxford University Press, New York 1986
- Fausto-Sterling A: Sexing the body. Gender politics and the construction of sexuality. 1. Auflage; Basic Books, New York 2000
- Feinberg J: Freedom and fulfillment. Philosophical essays. Princeton University Press, Princeton, NJ 1992
- Fischer JM (1999): Recent Works on Moral Responsibility. Ethics 110, 93–139
- Fischer JM, Ravizza M: Responsibility and control. A theory of moral responsibility. Cambridge University Press, Cambridge 1998
- Forman EJ, Li X, Ferry KM, Scott K, Treff NR, Scott RT (2012): Oocyte vitrification does not increase the risk of embryonic aneuploidy or diminish the implantation potential of blastocysts created after intracytoplasmic sperm injection: a novel, paired randomized controlled trial using DNA fingerprinting. Fertil Steril 98, 644–649
- Frankena WK (1939): The Naturalistic Fallacy. Mind 48, 464–477

- Frankfurt HG: Willensfreiheit und der Begriff der Person. In: Betzler M, Guckes B (Hrsg.): Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte. Akademie Verlag, Berlin 2001, 65–83
- Fuchs G, Bothfeld S (2011): Gleichstellung in Deutschland im europäischen Vergleich. *Polit Zeitgesch* 61, 7–18
- Gabriel U, Mellenberger F (2004): Exchanging the Generic Masculine for Gender- Balanced Forms - The Impact of Context Valence. *Swiss J Psychol* 63, 273–278
- Gehring P: Inwertsetzung der Gattung: Zur Kommerzialisierung der Fortpflanzungsmedizin. In: Taupitz J (Hrsg.): Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Band 28, Springer, Berlin Heidelberg 2007, 53–68
- Gerhard I, Feige A: Geburtshilfe integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie. 1. Auflage; Elsevier, Munich 2005
- Geyer C (2014): Gefrorene Zeit. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 15. Oktober 2014
- Glasser S, Segev-Zahav A, Fortinsky P, Gedal-Beer D, Schiff E, Lerner-Geva L (2011): Primiparity at Very Advanced Maternal Age (≥ 45 years). *Fertil Steril* 95, 2548–2551
- Glujovsky D, Riestra B, Sueldo C, Fiszbajn G, Repping S, Nodar F, Papier S, Ciapponi A (2014): Vitrification versus slow freezing for women undergoing oocyte cryopreservation. *Cochrane Database Syst Rev* 9, CD010047
- Gook DA (2011): History of oocyte cryopreservation. *Reprod Biomed Online* 23, 281–289
- Goold I (2005): Should older and postmenopausal women have access to assisted reproductive technology? *Monash Bioeth Rev* 24, 27–46
- Goold I, Savulescu J (2009): In favour of freezing eggs for non-medical reasons. *Bioethics* 23, 47–58
- Gosden R, Oktay K (2000): Oocytes for Late Starters and Posterity: Are We on to Something Good or Bad? *Fertil Steril*, 1057
- Gosepath S: Gleiche Gerechtigkeit. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1665). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2004
- Gosepath S (2011): Equality.
<http://plato.stanford.edu/archives/spr2011/entries/equality/>; Zugriff am: 21.10.2011

- Günther H, Taupitz J, Kaiser P: Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen. 2. Auflage; Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2014
- Hall DM (1999): Children in an ageing society. *BMJ* 319, 1356–1358
- Hansen M (2004): Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects - a systematic review. *Hum Reprod* 20, 328–338
- Hart R, Norman RJ (2013): The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment: Part I - General health outcomes. *Hum. Reprod. Update* 19, 232–243
- Harwood K (2009): Egg freezing: a breakthrough for reproductive autonomy? *Bioethics* 23, 39–46
- Herrero L, Martínez M, Garcia-Velasco JA (2011): Current status of human oocyte and embryo cryopreservation. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 1–6
- Heyd D: *Genethics. Moral issues in the creation of people*. University of California Press, Berkeley 1992
- Heyder C: Reproduktive Autonomie und das Kindeswohl? Wodurch eine Einschränkung nicht gerechtfertigt werden kann. In: Beck S (Hrsg.): *Gehört mein Körper noch mir? Strafrechtsgesetzgebung zur Verfügungsbefugnis über den eigenen Körper in den Lebenswissenschaften*. Nomos, Baden-Baden 2012, 291–313
- Hirshfeld-Cytron J, Grobman WA, Milad MP (2012): Fertility preservation for social indications: a cost-based decision analysis. *Fertil Steril* 97, 665–670
- Hodes-Wertz B, Druckenmiller S, Smith M, Noyes N (2013): What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility? *Fertil Steril* 100, 1343–1349
- Hoerster N: Ethik und Moral. In: Birnbacher D, Hoerster N (Hrsg.): *Texte zur Ethik*. Band 30096, dtv, München 2003, 9–23
- Holm S: Autonomy. In: Chadwick RF (Hrsg.): *The encyclopedia of applied ethics*. Academic, London 2012, 229–236
- Hornstein OP, Holzauer H (2001): Adoption als Alternative. *Dtsch Arztebl* 98, 674–676

- Horstmann S: Ethik der Normalität. Zur Evolution moralischer Semantik in der Moderne. Med. Diss. Dortmund 2013
- Huang JY, Tan SL, Chian R: Vitrification of human oocytes using the McGill Cryoleaf protocol. In: Chian R, Quinn P (Hrsg.): Fertility cryopreservation. Cambridge University Press, Cambridge 2010, 144–156
- Hunfeld J, Passchier J, Bolt L, Buijsen M (2004): Protect the child from being born: arguments against IVF from heads of the 13 licensed Dutch fertility centres, ethical and legal perspectives. *J Reprod Infant Psychol* 22, 279–289
- Huppenbauer M, de Bernardi J: Kompetenz Ethik für Wirtschaft, Wissenschaft und Politik. Ein Tool für Argumentation und Entscheidungsfindung. 1. Auflage; Versus-Verlag, Zürich 2003
- Hyun I (2001): Authentic Values and Individual Autonomy. *J Value Inq* 35, 195–208
- Irmen L, Steiger V (2006): Zur Geschichte des Generischen Maskulinums: Sprachwissenschaftliche, sprachphilosophische und psychologische Aspekte im historischen Diskurs / On the history of the generic use of the masculine gender: Linguistic, philosophical, and psychological aspects in historical discourse. *ZGL* 33, 212–235
- Irrgang B: Praktische Ethik aus hermeneutischer Perspektive. (Uni-Taschenbücher 2020). Schöningh, Paderborn 1998
- Isaksson R (2002): Obstetric outcome among women with unexplained infertility after IVF: a matched case-control study. *Hum Reprod* 17, 1755–1761
- Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I (2004): Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. *Obstet Gynecol* 104, 727–733
- Kasman DL (2004): When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med* 19, 1053–1056
- Keller R, Günther H, Kaiser P: Embryonenschutzgesetz Kommentar zum Embryonenschutzgesetz. Kohlhammer, Stuttgart 1992
- Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS, Shi Q (2013): Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. *PLoS ONE* 8, 1–8

- Kettner M: Moral. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): Handbuch Ethik. J.B. Metzler, Stuttgart 2002, 410–414
- Kettner M: Kann Ökonomisierung gut und muss Kommerzialisierung schlecht sein? In: Heubel F, Kettner M, Manzeschke A (Hrsg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden 2010, 117–132
- Kim SS (2006): Fertility preservation in female cancer patients: current developments and future directions. *Fertil Steril* 85, 1–11
- Kite ME, Deaux K, Miele M (1991): Stereotypes of young and old: Does age outweigh gender? *Psychol Aging* 6, 19–27
- Knopman JM, Noyes N, Grifo JA (2010): Cryopreserved oocytes can serve as the treatment for secondary infertility: a novel model for egg donation. *Fertil Steril* 93, 2413.e7
- Konc J, Kanyó K, Kriston R, Somoskői B, Cseh S (2014): Cryopreservation of embryos and oocytes in human assisted reproduction. *Biomed Res Int* 2014, 1–9
- Kopelman LM (1997): The Best-Interests Standard as Threshold, Ideal, and Standard of Reasonableness. *Journal of Medicine and Philosophy* 22, 271–289
- Kornadt AE, Voss P, Rothermund K (2013): Multiple standards of aging: gender-specific age stereotypes in different life domains. *Eur J Ageing* 10, 335–344
- Kramer U: Ageismus - Zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: Fiehler R (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Verlag für Gesprächsforschung, Radolfzell 2003, 257–277
- Krebs A: Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1495). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2000
- Kröhnert S, Medicus F, Klingholz R: Die demografische Lage der Nation. Wie zukunftsfähig sind Deutschlands Regionen? [Daten, Fakten, Analysen]. (DTV (Series) 34296). Originalausgabe; dtv, München 2006
- Krones T: Kontextsensitive Bioethik. Wissenschaftstheorie und Medizin als Praxis. (Kultur der Medizin 24). Campus, Frankfurt a. M. 2008

Krones T: Aspekte der Präimplantationsdiagnostik. In: Bühl A (Hrsg.): Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft? Chancen und Risiken der Gentechnik. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage, Wiesbaden 2009, 137–240

Kukla R, Wayne K (2011): Pregnancy, Birth, and Medicine.

<http://plato.stanford.edu/entries/ethics-pregnancy/>; Zugriff am: 15.02.15

Kuleshova LL, Lopata A (2002): Vitrification can be more favorable than slow cooling. *Fertil Steril* 78, 449–454

Kuleshova L, Gianaroli L, Magli C, Ferraretti A, Trounson A (1999): Birth following vitrification of a small number of human oocytes. *Hum Reprod* 14, 3077–3079

Kumar P, Sharma A, Sait S, Kumar M (2011): Ovarian hyperstimulation syndrome. *J Hum Reprod Sci* 4, 70

Kuwayama M, Vajta G, Kato O, Leibo SP (2005): Highly efficient vitrification method for cryopreservation of human oocytes. *Reprod Biomed Online* 11, 300–308

Kymlicka W: Moralphilosophie und Staatstätigkeit: das Beispiel der neuen Reproduktionstechnologien. In: Kettner M (Hrsg.): Angewandte Ethik als Politikum. Band 1458, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2000, 193–225

Kymlicka W: Contemporary political philosophy. An introduction. 2. Auflage; Oxford University Press, Oxford 2002

LaFollette H (1980): Licensing Parents. *Philos Public Aff* 9, 182–197

Leibo SP, Martino A, Kobayashi S, Pollard JW (1996): Stage-dependent sensitivity of oocytes and embryos to low temperatures. *Anim Reprod Sci* 42, 45–53

Lenzen-Schulte M (2014): Der Fetisch mit den Frischzellen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 06. November 2014

Levi Setti PE, Albani E, Morengi E, Morreale G, Delle Piane L, Scaravelli G, Patrizio P (2013): Comparative analysis of fetal and neonatal outcomes of pregnancies from fresh and cryopreserved/thawed oocytes in the same group of patients. *Fertil Steril* 100, 396–401

Levi Setti PE, Porcu E, Patrizio P, Vigilano V, Luca R de, d'Aloja P, Spoletini R, Scaravelli G (2014): Human oocyte cryopreservation with slow freezing versus vitrification. Results from the National Italian Registry data, 2007-2011. *Fertil Steril* 102, 90–95

- Levy N (2009): Which issues are moral issues? The Case of Egg Freezing.
<http://www.practicaethicsnews.com/practicaethics/2009/02/which-issues-are-moral-issues-the-case-of-egg-freezing.html>; Zugriff am: 16.02.15
- Link J: Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Westdt. Verlag, Opladen 2013
- Lovelock JE (1953): The haemolysis of human red blood-cells by freezing and thawing. *Biochim Biophys Acta* 10, 414–426
- Mackenzie C, Stoljar N: Introduction: Autonomy Refigured. In: Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg.): *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press, New York 2000, 3–31
- Malek J, Daar J (2012): The case for a parental duty to use preimplantation genetic diagnosis for medical benefit. *Am J Bioeth* 12, 3–11
- Martin LJ (2010): Anticipating Infertility: Egg Freezing, Genetic Preservation, and Risk. *Gender & Society* 24, 526–545
- Mastroianni L: Reproductive Technologies. In: Post SG (Hrsg.): *Encyclopedia of bioethics*. Macmillan Reference USA, New York 2004, 2261–2311
- Mayring P (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum für qualitative Sozialforschung* 1, 1–10
- Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (UTB 8229). 8. Auflage; Beltz, Weinheim 2003
- Mazouz N: Gerechtigkeit. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. J.B. Metzler, Stuttgart 2002, 365–375
- McBrayer JP (2008): Rights, indirect harms and the non-identity problem. *Bioethics* 22, 299–306
- McLeod C, Sherwin S: Relational autonomy, self-trust, and health care for patients who are oppressed. In: Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg.): *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press, New York 2000, 259–279
- Mertes H, Pennings G (2011): Social egg freezing: for better, not for worse. *Reprod Biomed Online* 23, 824–829

- Meryman HT (1956): Mechanics of freezing in living cells and tissues. *Science* 124, 515–521
- Meryman HT (1971): Cryoprotective agents. *Cryobiology* 8, 173–183
- Meryman HT (2007): Cryopreservation of living cells: principles and practice. *Transfusion* 47, 935–945
- Meyers DT: Decentralizing Autonomy. Five Faces of Selfhood. In: Christman JP, Anderson J (Hrsg.): *Autonomy and the challenges to liberalism. New essays*. Cambridge University Press, Cambridge 2005, 27–55
- Mill JS: *Drei Essays über Religion*. (Reclams Universal-Bibliothek 8237). Reclam, Stuttgart 1984
- Miller B: Autonomy. In: Reich WT (Hrsg.): *Encyclopedia of Bioethics*. Volume 1; Macmillan, New York 1995, 215–220
- Moore GE: *Principia Ethica*. 2. Auflage; Cambridge University Press, London 1922
- Müller O: Der Mensch und seine Stellung zu seiner eigenen Natur. Zum Status anthropologischer Argumente in der bioethischen Debatte. In: Maio G (Hrsg.): *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Alber, Freiburg im Breisgau 2008, 15–57
- Musschenga A (2005): Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism. *J Med Philos* 30, 467–490
- Musschenga B (2009): Was ist empirische Ethik? *Ethik Med* 21, 187–199
- Noyes N (2009): Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. *Reprod Biomed Online* 18, 769–776
- Olivennes F, Fanchin R, Lédée N, Righini C, Kadoch IJ, Frydman R (2002): Perinatal outcome and developmental studies on children born after IVF. *Hum Reprod Update* 8, 117–128
- O'Neill O: *Autonomy and trust in bioethics*. (Gifford lectures 2001). Cambridge University Press, Cambridge 2002
- Oshana M: *Personal autonomy in society*. Ashgate, Aldershot 2006
- Overall C (2014): Reproductive „Surrogacy“ and Parental Licensing. *Bioethics*, 1–9

- Parens E (2013): On good and bad forms of medicalization. *Bioethics* 27, 28–35
- Parfit D: *Reasons and persons*. Clarendon Press, Oxford 1984
- Parkening TA, Tsunoda Y, Chang MC (1976): Effects of various low temperatures, cryoprotective agents and cooling rates on the survival, fertilizability and development of frozen-thawed mouse eggs. *J Exp Zool* 197, 369–374
- Parks JA (1999): On the Use of IVF by Post-menopausal Women. *Hypatia* 14, 77–96
- Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. *Dtsch Arzteblatt* 104, 576–586
- Paulson RJ, Boostanfar R, Saadat P, Mor E, Tourgeman DE, Slater CC, Francis MM, Jain, JK (2002): Pregnancy in the Sixth Decade of Life. Obstetric Outcomes in Women of Advanced Reproductive Age. *JAMA* 288, 2320–2323
- Pennings G (1999): The welfare of the child. Measuring the welfare of the child: in search of the appropriate evaluation principle. *Hum Reprod* 14, 1146–1150
- Pennings G (2001): Postmenopausal Women and the Right of Access to Oocyte Donation. *J Appl Philos* 18, 171–181
- Peters F (2010): Späte Mutterschaft als medizinischer Risikofaktor?: Der Einfluss des Alters der Mutter auf das Risiko der Frühgeburt. *SOEPpapers at DIW Berlin* 342, 1–49
- Peters S: Wenn Kinder anderer Meinung sind. Die ethische Problematik von Kindeswohl und Kindeswille in der Kinder- und Jugendmedizin. *Med. Diss. Göttingen* 2013
- Petropanagos A: Reproductive ‘Choice’ and Egg Freezing. In: Woodruff TK, Zoloth L, Campo-Engelstein L, Rodriguez S (Hrsg.): *Cancer Treatment and Research*. Springer US, Boston 2010, 223–235
- Petropanagos A: Fertility preservation technologies for women. A feminist ethical analysis. *Phil. Diss. London* 2013
- Pettinger R, Rollik H: Familienbildung als Angebot der Jugendhilfe. Rechtliche Grundlagen, familiale Problemlagen, Innovationen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2005
- Pohlmann R: Autonomie. In: Ritter J (Hrsg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 1; Schwabe & Co, Basel 1971, 701–719

Porcu E, Fabbri R, Seracchioli R, Ciotti PM, Magrini O, Flamigni C (1997): Birth of a healthy female after intracytoplasmic sperm injection of cryopreserved human oocytes. *Fertil Steril* 68, 724–726

Porst R: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. (Studienskripten zur Soziologie). 1. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2008

Priault N (2004): Joy to the World! A (Healthy) Child Is Born! Reconceptualizing Harm in Wrongful Conception. *Soc Leg Stud* 13, 5–26

Priault N (2008): Rethinking progenerative conflict: why reproductive autonomy matters. *Med Law Rev* 16, 169–200

Quante M: Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1573). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 2002

Quante M (2011): In defence of personal autonomy. *J Med Ethics* 37, 597–600

Queißer-Luft A, Spranger J (2006): Fehlbildungen bei Neugeborenen. *Dtsch Arztebl* 103, 2464–2471

Rall WF, Fahy GM (1985): Ice-free cryopreservation of mouse embryos at -196 degrees C by vitrification. *Nature* 313, 573–575

Rall WF, Meyer TK (1989): Zona fracture damage and its avoidance during the cryopreservation of mammalian embryos. *Theriogenology* 31, 683–692

Rawls J: Eine Theorie der Gerechtigkeit. (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 271). 1. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1979

Rawls J, Vetter H: Eine Theorie der Gerechtigkeit. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1975

Rehberg W, Moser B: Altersdiskriminierung im Fürstentum Liechtenstein: Formen und Verbreitung. o. Verl., St. Gallen 2012

Rienzi L, Romano S, Albricci L, Maggiulli R, Capalbo A, Baroni E, Colamaria S, Sapienza F, Ubaldi F (2009): Embryo development of fresh 'versus' vitrified metaphase II oocytes after ICSI: a prospective randomized sibling-oocyte study. *Hum Reprod* 25, 66–73

- Rinke A, Schwägerl C (2013): Und Deutschland wächst doch.
<http://www.cicero.de//berliner-republik/volkszaehlung-und-schrumpfungslogik-und-deutschland-waechst-doch/54601>; Zugriff am: 19.02.2015
- Ritzinger P, Dudenhausen W, Holzgreve W (2011): Späte Mutterschaft und deren Risiken. J Reproduktionsmed Endokrinol 8, 112–122
- Robertson JA: Children of choice. Freedom and the new reproductive technologies. Princeton University Press, Princeton 1994
- Robertson JA (2004): Procreative Liberty and Harm to Offspring in Assisted Reproduction. Am J Law Med 30, 7–40
- Rössler B: Autonomie. In: Stoecker R (Hrsg.): Handbuch Angewandte Ethik. Metzler, Stuttgart 2011, 93–99
- Rybak EA, Lieman HJ (2009): Egg freezing, procreative liberty, and ICSI: the double standards confronting elective self-donation of oocytes. Fertil Steril 92, 1509–1512
- Sadler JZ, Jotterand F, Lee SC, Inrig S (2009): Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics. Theor Med Bioeth 30, 411–425
- Salloch S, Schildmann J, Vollmann J: Empirische Medizinethik. Eine Übersicht zu Begriff und Konzepten. In: Vollmann J, Schildmann J (Hrsg.): Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse. Lit, Berlin 2011, 11–24
- Salter EK (2012): Deciding for a child: a comprehensive analysis of the best interest standard. Theor Med Bioeth 33, 179–198
- Saretzki T: Welches Wissen - wessen Entscheidung? Kontroverse Expertise im Spannungsfeld von Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik. In: Bogner A, Torgersen H (Hrsg.): Wozu Experten? Ambivalenzen der Beziehung von Wissenschaft und Politik. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005, 345–369
- Sauer MV, Paulson RJ, Lobo RA (1996): Oocyte donation to women of advanced reproductive age: pregnancy results and obstetrical outcomes in patients 45 years and older. Hum Reprod 11, 2540–2543
- Savulescu J (2001): Procreative Beneficence: Why we should select the best children. Bioethics 15, 413–426
- Schaie KW (1993): Ageist Language in Psychological Research. Am Psychol 48, 49–51

- Schellart M (2011): Eggs for later. www.eggsforlater.com; Zugriff am: 27.01.2015
- Schickhardt C: Kinderethik. Der moralische Status und die Rechte der Kinder. Mentis, Frankfurt a. M. 2012
- Schicktanz S, Schildmann J (2009): Medizinethik und Empirie – Standortbestimmungen eines spannungsreichen Verhältnisses. *Ethik Med* 21, 183–186
- Schicktanz S, Schweda M: Im Spannungsfeld von Pro-Age und Anti-Aging: Interdisziplinäre Diskurse über das Altern und die Rolle der Medizin. In: Schicktanz S, Schweda M (Hrsg.): Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin. Campus, Frankfurt a. M. 2011, 9–19
- Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A (2011): Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update* 18, 29–43
- Schnell R, Hill PB, Esser E: Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage; Oldenbourg, München 2005
- Schöne-Seifert B: Harm. In: Post SG (Hrsg.): *Encyclopedia of bioethics*. Macmillan Reference USA, New York 2004, 1033–1037
- Schöne-Seifert B: Medizinethik. In: Nida-Rümelin J (Hrsg.): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung ein Handbuch*. Kröner, Stuttgart 2005, 690–803
- Schöne-Seifert B: *Grundlagen der Medizinethik*. (Kröner Taschenbuch 503). Kröner, Stuttgart 2007
- Schramme T (2011): Selbstbestimmung zwischen Perfektionismus und Voluntarismus. *Dtsch Z Philos* 59, 881–896
- Schweda M, Schicktanz S: Das Unbehagen an der Medikalisierung. Theoretische und ethische Aspekte der biomedizinischen Altersplanung. In: Schicktanz S, Schweda M (Hrsg.): Pro-Age oder Anti-Aging? Altern im Fokus der modernen Medizin. Campus, Frankfurt a. M. 2011, 23–40
- Seet VY, Al-Samerria S, Wong J, Stanger J, Yovich JL, Almahbobi G (2013): Optimising vitrification of human oocytes using multiple cryoprotectants and morphological and functional assessment. *Reprod Fertil Dev* 25, 918

- Shaw JM, Jones GM (2003): Terminology associated with vitrification and other cryopreservation procedures for oocytes and embryos. *Hum Reprod Update* 9, 583–605
- Sherman JK, Lin TP (1958): Survival of unfertilized mouse eggs during freezing and thawing. *Proc Soc Exp Biol Med* 98, 902–905
- Shkedi-Rafid S, Hashiloni-Dolev Y (2011): Egg freezing for age-related fertility decline: preventive medicine or a further medicalization of reproduction? Analyzing the new Israeli policy. *Fertil Steril* 96, 291–294
- Shkedi-Rafid S, Hashiloni-Dolev Y (2012): Egg freezing for non-medical uses: the lack of a relational approach to autonomy in the new Israeli policy and in academic discussion. *J Med Ethics* 38, 154–157
- Siep L: Die Bedeutung der Natur des Menschen für eine konkrete Ethik. In: Maio G (Hrsg.): *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Alber, Freiburg im Breisgau 2008, 195–212
- Simchen MJ, Yinon Y, Moran O, Schiff E, Sivan E (2006): Pregnancy Outcome After Age 50. *Obstet Gynecol* 108, 1084–1088
- Smajdor A (2014): How useful is the concept of the 'harm threshold' in reproductive ethics and law? *Theor Med Bioeth* 35, 321–336
- Smith GD, Serafini PC, Fioravanti J, Yadid I, Coslovsky M, Hassun P, Alegretti JR, Motta EL (2010): Prospective randomized comparison of human oocyte cryopreservation with slow-rate freezing or vitrification. *Fertil Steril* 94, 2088–2095
- Sobotka T (2009): Mutterschaft in fortgeschrittenem Alter: eine überfällige 'Revolution'? *Journal für Generationengerechtigkeit* 9, 63–68
- Solberg B (2009): Getting beyond the welfare of the child in assisted reproduction. *J Med Ethics* 35, 373–376
- Sontag S (1972): The Double Standard of Aging. *Saturday Review of the Society* 55, 27–37
- Stahlberg D, Sczesny S (2001): Effekte des generischen Maskulinums und alternativer Sprachformen auf den gedanklichen Einbezug von Frauen. *Psychol Rundsch* 52, 131–140
- Stanford University (2015): The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <http://plato.stanford.edu/>; Zugriff am: 13.12.2015

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern.
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Demografischer Wandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile)
; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2012): Geburten in Deutschland.
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/BroschuereGeburtenDeutschland.html>; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2013): Zensus 2011. Ausgewählte Ergebnisse.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/Zensus2011/Pressebroschuere_zensus2011.pdf?__blob=publicationFile; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2014): Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenZiffer.html>; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2015a): Altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten der Frauen in Deutschland. Sterbetafel 1871/81, 1932/34, 1986/88 und 2010/2012.
http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/08/Abbildungen/abbildungen_node.html; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2015b): Altersspezifische Sterbewahrscheinlichkeiten der Männer in Deutschland. Sterbetafel 1871/81, 1932/34, 1986/88 und 2010/2012.
http://www.bib-demografie.de/DE/ZahlenundFakten/08/Abbildungen/abbildungen_node.html; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2015c): Lebenserwartung Männlich.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheMaennlich.html>; Zugriff am: 09.12.2015

Statistisches Bundesamt (2015d): Lebenserwartung Weiblich.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungBundeslaenderZeitreiheWeiblich.html>; Zugriff am: 09.12.2015

- Steadman JD (2012): Moral Responsibility and Motivational Mechanisms. *Ethic Theory Moral Prac* 15, 473–492
- Stechow E: *Erziehung zur Normalität. Eine Geschichte der Ordnung und Normalisierung der Kindheit. (Konstruktionen von Normalität 5)*. 1. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004
- Steiner AZ, Paulson RJ (2007): Motherhood after age 50: an evaluation of parenting stress and physical functioning. *Fertil Steril* 87, 1327–1332
- Stöbel-Richter Y, Goldschmidt S, Borkenhagen A, Kraus U, Weidner K (2008): Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin - mit welchen Konsequenzen müssen wir uns auseinandersetzen? *Z Fam Forsch* 20, 34–61
- Stoecker R: *Handbuch Angewandte Ethik*. Metzler, Stuttgart 2011
- Stoljar N: Autonomy and the Feminist Intuition. In: Mackenzie C, Stoljar N (Hrsg.): *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press, New York 2000, 94–111
- Stoop D, Nekkebroeck J, Devroey P (2011): A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among women of reproductive age. *Hum Reprod* 26, 655–661
- Strong C: *Ethics in reproductive and perinatal medicine. A new framework*. Yale University Press, New Haven 1997
- Strong C (1998): Cloning and infertility. *Camb Q Healthc Ethics* 7, 279–293
- Strzysch M, Weiß J: Schaden. In: Strzysch M, Weiß J (Hrsg.): *Meyers grosses Taschenlexikon*. B.I.-Taschenbuchverlag, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus, Mannheim 1998, 113
- Sutcliffe AG, Ludwig M (2007): Outcome of assisted reproduction. *Lancet* 370, 351–359
- Sütterlin S, Hoßmann I: *Ungewollt kinderlos. Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?* Gebr. Kopp GmbH & Co.KG, Köln 2007
- Swain JE, Smith GD: Cryoprotectants. In: Chian R, Quinn P (Hrsg.): *Fertility cryopreservation*. Cambridge University Press, Cambridge 2010, 24–38

- Tachibana-Konwalski K, Godwin J, Borsos M, Rattani A, Adams DJ, Nasmyth K (2013): Spindle assembly checkpoint of oocytes depends on a kinetochore structure determined by cohesin in meiosis I. *Curr Biol* 23, 2534–2539
- Taylor JS: Introduction. In: Taylor JS (Hrsg.): *Personal autonomy. New essays on personal autonomy and its role in contemporary moral philosophy*. Cambridge University Press, Cambridge 2008, 1–29
- Tedder R, Zuckerman M, Brink N, Goldstone A, Blair S, Patterson K, Hawkins A, Gormon A, Heptonstall J, Irwin D (1995): Hepatitis B transmission from contaminated cryopreservation tank. *Lancet* 346, 137–140
- Tetens H: Der moraltheoretische und religiöse Hintergrund der Angewandten Ethik. Argumentationsstrukturen in der Angewandten Ethik. In: Stoecker R (Hrsg.): *Handbuch Angewandte Ethik*. Metzler, Stuttgart 2011, 18–22
- The President's Council on Bioethics (2002): *Human Cloning and Human Dignity. An Ethical Inquiry*.
http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/cloningreport/pcbe_cloning_report.pdf;
 Zugriff am: 28.03.2013
- Thiele M, Atteneder H, Gruber L: Neue Altersstereotype. Das Diskriminierungspotenzial medialer Repräsentationen "junger Alter". In: Schwender C, Hoffmann D, Reißmann W (Hrsg.): *Screening Age. Medienbilder - Stereotype - Altersdiskriminierung*. Band 5, kopaed, München 2013, 39–54
- Tobin L (2015): Ice ice babies: Why high-flying women are freezing their eggs.
<http://www.standard.co.uk/lifestyle/london-life/ice-ice-babies-why-highflying-women-are-freezing-their-eggs-9959824.html>; Zugriff am: 27.01.2015
- Tong R: Gender and Sexual Discrimination. In: LaFollette H (Hrsg.): *The Oxford handbook of practical ethics*. Oxford University Press, Oxford 2005, 219–244
- Toshimitsu M, Nagamatsu T, Nagasaka T, Iwasawa-Kawai Y, Komatsu A, Yamashita T, Osuga Y, Fujii T (2014): Increased risk of pregnancy-induced hypertension and operative delivery after conception induced by in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection in women aged 40 years and older. *Fertil Steril* 102, 1065–1070
- Trotter G (2014): Autonomy as self-sovereignty. *HEC Forum* 26, 237–255

- Tucker MJ, Morton PC, Wright G, Ingargiola PE, Sweitzer CL, Elsner CW, Mitchell-Leef DE, Massey JB (1996): Enhancement of outcome from intracytoplasmic sperm injection: does co-culture or assisted hatching improve implantation rates? *Hum Reprod* 11, 2434–2437
- Tur-Kaspa I, Gal M, Horwitz A (2007): Genetics and health of children born from cryopreserved oocytes. *Fertil Steril* 88, S14
- Vajta G, Nagy ZP (2006): Are programmable freezers still needed in the embryo laboratory? Review on vitrification. *Reprod Biomed Online* 12, 779–796
- Varga S, Guignon C (2014): Authenticity. <http://plato.stanford.edu/entries/authenticity/>;
Zugriff am: 13.01.2015
- Vaupel JW (2010): Biodemography of human ageing. *Nature* 464, 536–542
- Vieth A: Einführung in die Angewandte Ethik. (Einführungen Philosophie).
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2006
- Vinken B (2011): Erkenne Dich selbst: Frauen – Mütter – Emanzipation. *Polit Zeitgesch* 61, 38–43
- Voß H: Geschlecht. Wider die Natürlichkeit. 1. Auflage; Schmetterling-Verlag, Stuttgart 2011
- Wallace WH, Kelsey TW, Anderson RA (2012): Ovarian cryopreservation: experimental or established and a cure for the menopause? *Reprod Biomed Online* 25, 93–95
- Wennerholm U, Soderstrom-Anttila V, Bergh C, Aittomaki K, Hazekamp J, Nygren K, Selbing A, Loft A (2009): Children born after cryopreservation of embryos or oocytes: a systematic review of outcome data. *Hum Reprod* 24, 2158–2172
- Wiesemann C: Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. C.H. Beck, München 2006
- Wiesemann C (2010): The moral challenge of natality: towards a post-traditional concept of family and privacy in repro-genetics. *New Genet Soc* 29, 61–71
- Wiesemann C: Der moralische Status des Kindes in der Medizin. In: Ach JS, Lüttenberg B, Quante M (Hrsg.): Wissen - Leben - Ethik. Themen und Positionen der Bioethik. Mentis, Münster 2014, 155–168

- Wiesemann C, Simon A: Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen. Mentis, Münster 2013
- Wiesemann C, Biller-Andorno N, Andorno R: Medizinethik. Thieme, Stuttgart 2005
- Wikland M, Hardarson T, Hillensjo T, Westin C, Westlander G, Wood M, Wennerholm UB (2010): Obstetric outcomes after transfer of vitrified blastocysts. Hum Reprod 25, 1699–1707
- Wilkinson S: Choosing tomorrow's children. The ethics of selective reproduction. Clarendon Press, Oxford 2012
- Williams NJ, Harris J (2014): What is the harm in harmful conception? On threshold harms in non-identity cases. Theor Med Bioeth 35, 337–351
- Wolff M von, Donnez J, Hovatta O, Keros V, Maltaris T, Montag M, Salle B, Sonmezer M, Andersen CY (2009): Cryopreservation and autotransplantation of human ovarian tissue prior to cytotoxic therapy – A technique in its infancy but already successful in fertility preservation. Eur J Cancer 45, 1547–1553
- Wurm S, Huxhold O: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: Berner F, Rossow J, Schwitzer K (Hrsg.): Individuelle und kulturelle Altersbilder. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2012, 27–69
- Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A (2010): Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. Am J Obstet Gynecol 203, 558

Danksagung

Ich möchte mich insbesondere bei Frau Prof. Claudia Wiesemann für die außerordentlich gute Betreuung während meiner Promotionszeit bedanken. Ich danke sehr herzlich Frau Prof. Monika Bals-Pratsch und Herrn Prof. H. W. Michelmann für die Einblicke in die Praxis der Reproduktionsmedizin. Ich danke Frau Dr. Katharina Beier und Frau Dr. Julia Inthorn für die anregenden Gespräche und die vielen guten Ratschläge. Ich danke dem Institut für Medizinische Statistik Göttingen. Ich danke dem Centrum für Geschlechterforschung Göttingen für das Abschlussstipendium, ohne das ich die Arbeit nicht hätte beenden können.