

Hartmut Kreß *

Schutzrechte von Kindern

im Verhältnis zur aktuellen Entwicklung in der Kinderwunschmedizin

*Referat auf dem Süddeutschen Kongress für Kinder- und Jugendmedizin /
65. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin,
Bad Nauheim, 21. Mai 2016*

Vorbemerkung: Kinderrechte heute – kulturgeschichtlich ein Durchbruch

Für das Verständnis von Kindern ereignete sich vor gut 25 Jahren kulturell sowie rechtsgeschichtlich ein Fortschritt und Durchbruch, deren Tragweite nicht deutlich genug unterstrichen werden kann. Im Jahr 1989 verabschiedeten die Vereinten Nationen ein Menschenrechtsdokument, das speziell Kindern gewidmet war, nämlich die Kinderrechtskonvention. Hiermit wurde erstmals in einem maßgeblichen Dokument festgehalten, dass Kinder mehr als eine bloße Verfügungsmasse für Erwachsene sind. Für ihre Eltern, für Familie, Staat oder Gesellschaft stellen sie keineswegs nur einen Besitz oder „Eigentum“ dar. Vielmehr stehen ihnen eigene Rechte zu, so dass sie als moralische Subjekte und als Rechtsträger zu achten und in ihrer Individualität zu schützen sind. In diesem Sinn zählt die UN-Kinderrechtskonvention Schutzrechte und auch Anspruchsrechte auf, die Kindern zuzuerkennen sind, z.B. altersgemäß ansteigende Selbstbestimmungsrechte oder ihren Gesundheitsschutz, sodann ihre Religionsfreiheit und Meinungsfreiheit usw.

Die Bundesrepublik Deutschland hatte und hat – leider – ihre Schwierigkeiten, diese Leitidee eigener Rechte von Kindern zu akzeptieren. Bis heute ist es nicht dazu gekommen, die Kinderrechte im Grundgesetz zu verankern. Ein Einzelaspekt: Die Vereinten Nationen hatten 1989 in Artikel 22 der Kinderrechtskonvention Schutzrechte speziell für Flüchtlingskinder kodifiziert. Als die Bundesrepublik der Kinderrechtskonvention im Jahr 1992 beitrug, geschah dies nur unter Vorbehalt. Die Vorbehalte der Bundesrepublik bezogen sich – ausgerechnet – auf geflüchtete Kinder. Selbst wenn sie vor einigen Jahren (2010) formal zurückgezogen worden sind: Der Umgang mit geflüchteten oder mit sog. papierlosen Kindern war und ist in der Bundesrepublik ein Thema, das mehr als bedrückend ist. Hierzu gehören die Einschränkungen bei ihrer

* Prof.Dr.Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik. E-mail: hkress[at]uni-bonn.de

gesundheitlichen Versorgung. Es spricht für sich selbst, dass anlässlich des Andrangs von Flüchtlingen im vergangenen Jahr der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte die Bundesregierung auffordern musste, in Zukunft „keinerlei Einschränkung in der medizinischen Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen“ mehr vorzusehen.¹

Der Schutz von Kindern: Diesem Anliegen trägt man in der Bundesrepublik immer noch nicht hinreichend Rechnung. Im Folgenden beleuchte ich das Thema nun aber in ganz spezifischer Hinsicht. Es geht darum, dass und inwiefern Kinderrechte für die sog. Kinderwunschmedizin eine Rolle spielen sollten. Mit „Kinderwunschmedizin“ ist im Wesentlichen die Reproduktionsmedizin gemeint, die innerhalb weniger Jahrzehnte zu einer Standardtherapie geworden ist. Worauf ich hier hinweisen möchte: Meines Erachtens stehen wir zurzeit an einer Wendemarke oder einer Schnittstelle. Es besteht Bedarf, über bestimmte innovative Optionen der Fortpflanzungsmedizin auch kritisch nachzudenken – und zwar unter dem Vorzeichen der Schutzrechte von Kindern. Um nicht missverstanden zu werden: In der Bundesrepublik gab und gibt es gegen Fortpflanzungsmedizin erhebliche Widerstände, z.B. von den Kirchen – mit Begründungen, die mich nie überzeugt haben. Und: Die Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin ist in der Bundesrepublik derart restriktiv und auf Verbote oder Einschränkungen angelegt wie in kaum einem anderen europäischen Land. Dies bedarf nach wie vor der Kritik. Bevor ich sogleich in einem zweiten Teil darauf zu sprechen komme, dass aktuelle Entwicklungen der Kinderwunschmedizin fragwürdig sind, soll zunächst in einem ersten Schritt wenigstens angedeutet werden, dass der deutsche Gesetzgeber gegen reproduktionsmedizinische Therapien zu hohe Hürden errichtet hat. Dies sei am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik erläutert.

1. Legitimität der Fortpflanzungsmedizin: Die Persönlichkeitsrechte von Menschen mit Kinderwunsch

Vor fünf Jahren, im Juli 2011, verabschiedete der Deutsche Bundestag ein Gesetz, das eng begrenzt für die Bundesrepublik Deutschland die Präimplantationsdiagnostik zugelassen hat. Das PID-Gesetz war mehr als überfällig. In der Gesetzesbegründung hieß es zu Recht, der Gesetzgeber wolle das Selbstbestimmungsrecht bzw. die reproduktive Autonomie einer Frau und ihres Partners achten, die an eine PID denken.

¹ Vgl. Ärzte Zeitung online, 12.10.2015: „Pädiater fordern: Jungen Flüchtlingen schneller helfen!“.

Der Sinn der PID besteht darin, einem Kind schwere, familiär bekannte Belastungen zu ersparen. Sofern sich eine Frau ein Kind auf der Basis einer PID wünscht, soll sie aufgrund ihrer Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte das Verfahren in Anspruch nehmen dürfen – so die Gesetzesbegründung im Jahr 2011.

Diesem Gedankengang aus dem Deutschen Bundestag ist ethisch nur zuzustimmen.

Aber: Nachdem das Gesetz verabschiedet war, war noch eine Rechtsverordnung zu erlassen, um die konkrete Durchführung von PID-Verfahren zu regeln. Sie trat schließlich 2014 in Kraft und enthält Bestimmungen, die die gesetzliche Erlaubnis aus dem Jahr 2011 hochgradig aushöhlen. Die Rechtsverordnung schreibt vor – rechtsvergleichend ein Unikat –, dass jede einzelne PID von einer Ethikkommission genehmigt werden muss. Die Frau, die an eine PID denkt, muss für die Kommissionssitzungen sogar die Kosten tragen. Dafür muss sie mit einem u.U. sehr beträchtlichen vierstelligen Eurobetrag rechnen. Die Kommission hat das Recht, die Frau vorzuladen und sie mündlich anzuhören. Laut PID-Rechtsverordnung hat die Kommission ihrer Genehmigung dann die „im konkreten Einzelfall maßgeblichen psychischen, sozialen und ethischen Gesichtspunkte“ zugrunde zu legen. Im Ergebnis heißt dies: Die moralische Beurteilung, ob der Kinderwunsch einer Frau mit Hilfe einer PID erfüllt werden darf, verbleibt nicht bei der Frau oder bei dem Paar, sondern ist einer staatlich eingerichteten Kommission zugesprochen worden. Diese muss ihre Genehmigung zudem mit Zweidrittelmehrheit aussprechen. Derartige Vorgaben sind nachdrücklich zu kritisieren. Sie laufen auf Abschreckung, auf staatlichen Moralpaternalismus und auf einen Eingriff in die Privatsphäre der Betroffenen hinaus, der ethisch und grundrechtlich nicht haltbar ist.

Auf diese Weise habe ich hervorgehoben, wie stark das Selbstbestimmungsrecht bzw. die Fortpflanzungsautonomie einer Frau zu gewichten ist. Der deutsche Gesetzgeber trägt diesem Grundrecht nicht hinreichend Rechnung. Ich habe dies auch deshalb so sehr unterstrichen, weil ich denke, dass aktuell dann aber noch ein anderer, gegenläufiger Akzent zu setzen ist. So hoch das Selbstbestimmungsrecht einer Frau, die sich ein Kind wünscht, und ihres Partners einzustufen ist – es gilt nicht unbegrenzt oder uneingeschränkt. Grenzen erwachsen aus den Schutzrechten der Kinder, die mit ärztlicher Hilfe erzeugt werden sollen.

2. Aktueller Diskussionsbedarf. Grenzziehungen für die Kinderwunschmedizin: Vorwirkende Rechte von Kindern

In der eingangs erwähnten UN-Kinderrechtskonvention ist zur Geltung gebracht worden, dass Kinder von ihrer Geburt an in ihrer Subjektivität und in ihren persönlichen Rechten zu respektieren sind. Für unseren Zusammenhang ist nun als springender Punkt hervorzuheben: Diese Rechte der geborenen Kinder sind auch schon vorgreifend, im Vorhinein von Belang. Heutzutage bleibt die Erzeugung von Kindern häufig nicht mehr dem Zufall oder Schicksal überlassen – wie in vergangenen Zeiten; sondern sie wird bewusst geplant. Gegebenenfalls erfolgt sie mit ärztlicher bzw. medizinischer Assistenz („Kinderwunschmedizin“). Aus der Planbarkeit der Kindererzeugung und aus der Inanspruchnahme medizinischer Assistenz erwächst dann aber gleichzeitig eine erhöhte Verantwortlichkeit für die erhofften Kinder. Dies bedeutet in normativer Hinsicht, dass die Rechte, die ihnen nach ihrer Geburt zustehen werden, bereits vorwirkend zu beachten sind.

So betrachtet wird eine Präimplantationsdiagnostik häufig ethisch unproblematisch sein. Denn sie erfolgt durchweg gerade nicht aufgrund von Willkür der Eltern, sondern zugunsten des Kindes, nämlich in der Absicht, angesichts bekannter familiärer Lasten einem erhofften Kind schwere gesundheitliche Schäden und lebensbedrohliche Krankheiten zu ersparen. Deshalb ist es nachvollziehbar, wenn Kinderwunschpaare gerade auch um des Kindes, seiner Gesundheit und seiner Lebenschancen willen in bestimmten Fällen eine PID in Betracht ziehen.

Andere Optionen der Kinderwunschmedizin, die sich zurzeit neu abzeichnen, sind im Licht vorwirkender Kinderrechte hingegen mit Skepsis zu erörtern. Hierzu nenne ich einige Fallkonstellationen.

a) Künftig denkbare Genomanalysen

In Zukunft könnte es realistisch werden, dass Kinder pränatal oder sogar vor der Implantation einer *umfassenden* Genomanalyse unterzogen werden. Es geht dann nicht mehr nur um familiär bekannte Krankheiten, die konkret zu befürchten sind – wie im Fall der PID –, sondern um die weitgehende Erfassung des Genoms. Falls das Kind danach geboren wird, sind seine genetische Daten bekannt und dokumentiert. Dies steht im Widerspruch zu fundamentalen Rechten des geborenen Kindes, namentlich zu seinem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und seinem

Recht auf Nichtwissen um das eigene Genom. Aus Achtung vor den vorwirkenden Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechten eines Kindes sollte auf derartige umfassende Genomanalysen verzichtet werden.

b) Anonyme Keimzellspenden

Dieser Punkt sei hier nur knapp erwähnt (unter Ausklammerung von juristischen Einzelheiten). Zu den Rechten des geborenen Kindes gehört – der normativen Logik der Kinderrechtskonvention folgend –, über seine genetische Herkunft Kenntnis zu erhalten. Dies ist auch vorwirkend relevant und spricht gegen anonyme Samenspenden oder gegen anonyme Eizellspenden. Ein auf solcher Basis erzeugter Mensch wird nie in der Lage sein, Näheres über seine Herkunft zu erfahren. Anonyme Keimzellspenden verstoßen daher gegen ein Grundrecht, das ein Kind nach seiner Geburt besitzt. Dieses Grundrecht ist schon im Vorhinein, vor der Konzeption des Kindes, zu beachten.

c) Herausgabe kryokonservierter Embryonen

Zurzeit wird auch bei uns recht intensiv über den Umgang mit kryokonservierten Embryonen diskutiert. In der Süddeutschen Zeitung wurde über einen Fall berichtet, der vor dem Oberlandesgericht Freiburg verhandelt wird.² Kurzgefasst: Ein Mann hat seine Frau aufgrund einer Brustkrebserkrankung verloren. Nachdem ihr die Diagnose mitgeteilt worden war, ließ sich die damals 32-jährige Frau Eizellen entnehmen, die mit dem Samen ihres Mannes befruchtet und kryokonserviert wurden. Dies geschah in der Hoffnung, nach einer gesundheitlichen Wiederherstellung schwanger werden zu können. Es war allerdings vereinbart, dass im Todesfall die Embryonen vernichtet werden sollten. Die Frau verstarb; und die jetzige zweite Frau des Mannes möchte sich den von der ersten Frau stammenden Embryo implantieren lassen und ihn austragen.

Ein weiterer Fall³: Das Landgericht Bonn verhandelt über das Begehren einer 41-Jährigen. Von ihr sind befruchtete Eizellen kryokonserviert vorhanden. Der Samen-geber, ihr früherer Partner, hat sich von ihr getrennt. Gegenüber der Kinderwunsch-

² Vgl. Chr. Berndt, „Die Schneeflocken-Babys“, in: Süddeutsche Zeitung v. 23.4.2016, S. 51; „Frau will befruchtete Eizellen einer Toten austragen“, in: Sueddeutsche.de v. 23.4.2016; „Paar verliert wohl Streit um Herausgabe befruchteter Eizellen“, in: Sueddeutsche.de v. 13.5.16.

³ Vgl. General-Anzeiger Bonn v. 26.4.2016, S. 18: „Ex-Freund soll befruchtete Eizellen wieder freigeben“.

praxis hat er der Verwendung und Implantation der mit seinen Spermien befruchteten kryokonservierten Embryonen widersprochen. Die Frau klagt nun auf Verfügbarkeit der befruchteten Eizellen für sie. Trotz des Widerspruchs ihres früheren Partners möchte sie ein eigenes Kind haben, das gegen seinen Willen von ihm abstammt.

Natürlich sind solche Fälle im Detail zu reflektieren. Aber als Problemkern schält sich doch heraus, dass auf Kinder, die mit Hilfe der Kinderwunschmedizin in dieser Form zur Welt gebracht werden sollen, erhebliche Projektionen gerichtet zu werden drohen. Nimmt man das Beispiel der Frau, die an Brustkrebs verstorben ist und deren befruchtete Eizelle die neue Partnerin des Mannes austragen möchte, ist u.a. zu bedenken: Sofern ein Kind geboren werden sollte, wird es möglicherweise von der Vorstellung überfremdet werden, in ihm lebe seine verstorbene genetische Mutter irgendwie weiter. Oder bezogen auf das Kind, das die 41-Jährige gegen den dezidierten Willen des Erzeugers mit technischer Hilfe zur Welt bringen möchte: Hier fragt man sich, wie das Verhältnis des Kindes zu seinem genetischen Erzeuger aussehen soll. Es ist ja nicht nur eine Nicht-Beziehung, sondern eine Anti-Beziehung, die zwischen ihm und dem Samengeber bestehen würde. Für das Heranwachsen des Kindes, seine spätere persönliche Identitätsfindung und Persönlichkeitsbildung bildet dies keine günstige Voraussetzung. Es kommt hinzu, dass die eventuelle Schwangerschaft der über 40-Jährigen nicht nur für sie selbst, sondern auch für das potenzielle Kind nicht ohne Risiken ist. Eine ethische Grenze der Herausgabe eingefrorener Embryonen wird durch das Wohl des Kindes markiert, das gegebenenfalls geboren würde.

d) Uterustransplantation mit Embryotransfer

Beträchtliche Resonanz findet international derzeit eine weitere Handlungsoption. Sie symbolisiert den Zuwachs an Zugriffsmöglichkeiten der Kinderwunschmedizin besonders eindrücklich; denn es handelt sich um einen Handlungsansatz im Schnittfeld von Reproduktions- und von Transplantationsmedizin. In Schweden ist es 2014 erstmals gelungen, ein Kind zur Welt zu bringen, das in einem gespendeten Uterus ausgetragen worden war. Der Uterus stammte als Lebendorganspende von einer 61-Jährigen. Bei der Lebendspende eines Uterus ist konkret an die Hergabe durch die Mutter, die Schwiegermutter, eine Freundin oder Bekannte zu denken. Alternativ ist die Kadaverspende eines Uterus vorstellbar, der einer Frau übertragen und in den

ein zuvor extrakorporal erzeugter Embryo transferiert wird. Zwar sind Schwangerschaften nach Hirntodspende eines Uterus bislang stets fehlgeschlagen. Trotzdem wird genau diese Spielart der Uterustransplantation jetzt auch in Deutschland angestrebt.

Nun lasse ich rechtliche Probleme beiseite. Eine Lebendspende eines Uterus wäre nach der derzeitigen Gesetzeslage in Deutschland nicht zulässig; und eine Organentnahme nach dem Hirntod scheitert daran, dass sie von bisherigen Organspendeausweisen und Willensbekundungen potenzieller Spenderinnen nicht erfasst ist. Diese rechtlichen Schwierigkeiten werden in der Bundesrepublik bei den laufenden Debatten bisher nicht hinreichend beachtet. Doch hier soll es vor allem auf medizinische und ethische Aspekte ankommen. Die Geburt eines Kindes in einem gespendeten Uterus bedeutet, dass Dritte erheblich belastet werden – bei der Lebendorganspende des Uterus muss die Donorin eine vielstündige Entnahmeoperation auf sich nehmen – und dass dem Kind Schäden drohen. Es sind nicht nur die üblichen, in der Regel moderaten Risiken aufgrund von IVF zu berücksichtigen. Vielmehr handelt es sich auf jeden Fall um eine Risikoschwangerschaft mit Kaiserschnitt, Wahrscheinlichkeit von Präeklampsie, u.a. Der Fetus wird unter der Gabe von Immunsuppressiva austragen, die die Frau aufgrund des Fremdorgans zu sich nehmen muss. Für das Verfahren fallen Kosten in der Größenordnung eines fünf- bis sechsstelligen Eurobetrags an. Die ethischen Rückfragen betreffen vor allem zwei Punkte: 1. die hohen Risiken für das Kind – in physischer und gegebenenfalls auch in psychosozialer Hinsicht (wenn man etwa an hypothetische konfliktträchtige Familienstrukturen nach einer Lebendorganspende denkt, bei der z.B. die Schwiegermutter der austragenden Frau durch ihre Uterusspende indirekt und partiell zugleich zur Mutter des Kindes würde) – und 2. den Zweifel, ob hier ein Kind tatsächlich stets um seiner selbst willen gewünscht wird oder ob ein Kinderwunsch vorliegt, der überdehnt ist und der sich verselbständigt hat. Inzwischen haben sich Frauen, die ohne Uterus leben und an eine Uterusimplantation denken, wiederholt interviewen lassen. Zum Teil betonen sie gar nicht so sehr, dass sie ein genetisch eigenes Kind austragen möchten, sondern unterstreichen das Anliegen, trotz des fehlenden Uterus selbst eine Schwangerschaft erleben zu wollen.

3. Derzeitiges Fazit

Die angedeuteten Entwicklungen von der pränatalen Ganzgenomanalyse bis zur Uterustransplantation mit IVF symbolisieren die aktuelle Ausweitung im Angebotsspektrum der Kinderwunschmedizin. Allerdings ist zu fragen, ob hierdurch stets echter medizinischer und authentischer menschlicher Bedarf abgedeckt wird oder ob nicht doch auch künstlich Bedürfnisse geweckt werden. Dies Letztere ist jedenfalls dann problematisch, wenn Dritte betroffen sind und Gefahr laufen, geschädigt zu werden. Zu den Innovationen der Kinderwunschmedizin ist daher zu prüfen, ob sie den Fortpflanzungswunsch mancher Menschen zu weitgehend medikalisieren und ob sie vorwirkende Rechte von Kindern beeinträchtigen, etwa ihr Recht auf Nichtwissen um das eigene Genom oder ihren vorwirkenden Gesundheitsschutz in physischer, psychischer und psychosozialer Hinsicht. Tendenziell zeichnet sich zurzeit ab, dass Kinder mit hohem medizinischem Aufwand zur Welt gebracht werden, die möglicherweise gar nicht so sehr um ihrer selbst willen geboren werden. Sie sind vielmehr mehr oder weniger zum Objekt der selbstbezüglichen Wünsche Erwachsener, zum Mittel ihrer Lebensplanung, zum „Projekt“ ihrer Erzeuger geworden.

Diese Entwicklung bedarf meines Erachtens der grundsätzlichen Reflexion. Kinder sind in ihrer Selbstzwecklichkeit, in ihrer Subjektivität und ihren eigenen Rechten zu achten. Seit der Aufklärung, d.h. seit dem 18. Jahrhundert, ist die jahrhundertlang dominierende Vorstellung überwunden worden, Kinder seien „Eigentum“ ihrer Eltern. Die Kinderrechtskonvention von 1989 hat diese moderne Einsicht in die Rechte und in den Subjektstatus von Kindern dann in den Rang von Menschenrechten erhoben. Bahnt sich jetzt gegenläufig an, dass – angestoßen und „gepusht“ von einigen Spielarten der Hochleistungsmedizin – Kinder wieder neu als verfügbar gelten und zur Projektionsfläche der Wünsche von Erwachsenen werden?

Mit dieser Problemanzeige möchte ich schließen und ziehe eine zweiseitige Bilanz.

Einerseits: Aus meiner Sicht war und ist die Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland zur Reproduktionsmedizin zu restriktiv. Zahlreiche Verbote, etwa zur altruistischen Eizellspende, können nicht überzeugen. Die Persönlichkeits- und die Entscheidungsrechte von Frauen oder Paaren mit Kinderwunsch, denen grundrechtlich hoher Rang zukommt, werden vom Gesetzgeber teilweise missachtet und viel zu

stark eingeschränkt. Hieraus resultiert u.a. meine ausdrückliche Kritik an der PID-Rechtsverordnung.

Andererseits: Das Selbstbestimmungsrecht potenzieller Eltern gilt nicht absolut, sondern findet seine Grenze an dem wohlverstandenen Interesse der erhofften Kinder. Insofern weist es z.B. in die richtige Richtung, wenn sich in reproduktionsmedizinischen Leitlinien die Aussage findet, ein Arzt möge eine außerkörperliche Befruchtung ablehnen, wenn absehbar ist, dass das Kind während der Schwangerschaft durch Nikotin- oder Alkoholkonsum der Frau Schaden nimmt. Um Fallkonstellationen zu bewältigen, so wie ich sie beispielhaft umrissen habe – etwa die Strittigkeit der Herausgabe kryokonservierter Embryonen oder die Uterustransplantation mit Embryotransfer –, ist zu erwägen und einzufordern, dass die Frau bzw. das Paar mit Kinderwunsch auf jeden Fall eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen. Mit Hilfe psychosozialer Beratung lässt sich im günstigen Fall auffangen und korrigieren, dass – verstärkt durch Angebote der Medizin – bei einzelnen Menschen ein Kinderwunsch überwertig und ambivalent wird und sich verselbständigt. Kulturgeschichtlich und ethisch wäre es ein Rückschritt, wenn ausgerechnet die Medizin in Form der hochtechnisierten Kinderwunschmedizin dazu führen würde, dass Kinder zum biographischen Projekt ihrer Erzeuger degradiert und sie weniger um ihrer selbst willen als aus Gründen von Lebensführungsprojekten und der Selbstverwirklichung ihrer Erzeuger zur Welt gebracht würden.