
Hartmut Kreß***Reproduktionsmedizin in ethischer Sicht und in der Gesetzgebung**

Referat in der Bonner Ringvorlesung „Auf Leben und Tod. Medizin - Ethik - Recht im Diskurs“ im Wintersemester 2018/19, am 17. Januar 2019

Vorbemerkung: Notwendigkeit ethischer und rechtlicher Kriterien

Inzwischen ist es zur Routine geworden, dass Frauen und Paare bei biologisch bedingten Problemen der Fortpflanzung ärztlich unterstützt werden und für sie Therapieangebote bereitstehen. Sofern medizinisch indiziert, lassen sich besonders bei Sterilitätsproblemen mit ärztlicher Hilfe Embryonen außerhalb des menschlichen Körpers erzeugen und danach in die Gebärmutter einer Frau einsetzen, damit die Frau, die sich ein Kind wünscht, schwanger werden kann. Zum ersten Mal ereignete es sich vor 41 Jahren, im Jahr 1978, dass nach einer derartigen außerkörperlichen Befruchtung ein Kind geboren wurde.

Nun berührt die Erzeugung von Kindern den Kern der menschlichen Existenz. Daher sind zu den Innovationen der Fortpflanzungsmedizin ethische Reflexionen notwendig; und um Fehlentwicklungen oder gar Missbrauch zu verhindern, bedarf es gesetzlicher Regelungen. Ein krasser Beleg für reproduktionsmedizinisches Handeln, das anfechtbar ist, hat sich kürzlich ereignet – die Erzeugung von Zwillingen in China, in deren Keimbahn eingegriffen worden ist. Zumindest zurzeit sind genetische Veränderungen der Keimbahn, d.h. ein sehr tiefer genverändernder Zugriff auf eine Samen- oder Eizelle oder auf einen Frühembryo, noch nicht verantwortbar; gegenwärtig ist dies als unkalkulierbares Humanexperiment einzustufen. Denn es ist völlig unklar, welche Auswirkungen ein derartiger Eingriff in das Genom für die so erzeugten Kinder nach ihrer Geburt und für deren eventuelle Nachkommen konkret haben wird. Der Fall hat viel Aufmerksamkeit gefunden – zweifellos ein Extremfall. Aber hier zeigt sich eindringlich, dass bestimmte Normierungen vonnöten sind.

Ethisch besteht der springende Punkt darin, Normen zu entwickeln, an denen die moderne Fortpflanzungsmedizin tatsächlich sachgemäß zu bemessen ist. Im Folgenden nenne ich drei normative Kriterien: 1. den Schutz von Embryonen, 2. die

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

Fortpflanzungsfreiheit einer Frau und eines Paares, die sich ein Kind wünschen, sowie 3. die Gesundheit und das Wohl des Kindes, das reproduktionsmedizinisch erzeugt werden soll. Auf die drei Kriterien werde ich cursorisch eingehen. Dabei werde ich mich dann auch sehr kritisch und sehr skeptisch äußern, und zwar zur Rechtslage speziell in der Bundesrepublik Deutschland. Die Gesetzgebung, die im Inland zur Fortpflanzungsmedizin vorhanden ist, ist unangemessen; sie schießt über das Ziel hinaus, ist zu restriktiv und überdies sehr unscharf. Trotz zahlloser Gutachten, Kommissionsberichte und Publikationen hat der Deutsche Bundestag sich seit vielen Jahren nicht bereitgefunden, ein Fortpflanzungsmedizingesetz zu beschließen, das rechtspolitisch und medizinisch adäquat wäre.¹ – Doch nun zu den drei normativen Kriterien.

1. Lebensrecht von Embryonen: abgestufter Schutzanspruch

Durch heutige Fortpflanzungsmedizin wird menschliches Leben außerhalb des Mutterleibs erzeugt. Samen- und Eizelle werden extrakorporal zusammengeführt, so dass sich die befruchtete Eizelle, der ganz frühe Embryo, in einer Kulturschale, in einem Nährmedium befindet. Hieraus resultiert die viel diskutierte Frage, welcher Status diesem Frühembryo eigentlich zukommt. Eine radikale Position besagt, er sei bereits ein „Mensch“, ein „human being“ im vollen Sinn. Die andere Ansicht lautet, der außerkörperlich erzeugte Embryo sei zwar als menschliches Leben, als „human life“ zu achten. Aber er sei doch noch völlig unausgebildet, weil noch keine Organe angelegt sind und weil von einer Gehirnbildung noch nicht einmal entfernt, noch nicht einmal ansatzweise die Rede sein kann. Daher könne man ihn nicht als individuelle menschliche Person ansehen.

Für die letztere Position sprechen sehr starke Gründe. Der deutsche Gesetzgeber hat sich im Jahr 1990 jedoch weitgehend den erstgenannten radikalen Standpunkt zu eigen gemacht. Bis heute wird in Deutschland die Fortpflanzungsmedizin durch das Embryonenschutzgesetz von 1990 geregelt. Wie der Titel des Gesetzes es sagt, zielt es vor allem darauf ab, befruchtete Eizellen bzw. frühe Embryonen unter seine Obhut zu nehmen. Daraus folgte, dass die Fortpflanzungsmedizin in

¹ Als Beispiele für Kommissionsberichte, die ein adäquates Fortpflanzungsmedizingesetz anmahnen: der Bericht der beim Mainzer Justizministerium angesiedelten Bioethikkommission Rheinland-Pfalz „Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz“ aus dem Jahr 2005; oder aus dem Jahr 2017 der Text „Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland“, den Mitglieder einer Arbeitsgruppe der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina verfasst haben; beide Texte sind online abrufbar.

Deutschland stark eingeschränkt wurde; es wurden Verbote erlassen; und im Ergebnis werden Patientinnen teilweise bis heute unterhalb des Niveaus behandelt, das dem medizinischen Fachstandard entspräche. Um nur *ein* Problem zu erwähnen: Weil der deutsche Gesetzgeber derart stark den Embryonenschutz betont, sollen keine frühen Embryonen überzählig bleiben. Daher fanden und finden in Deutschland immer noch zu viele Zwillings- oder gar Mehrlingsschwangerschaften statt, die für die Frau und für die erhofften Kinder belastend und gesundheitsschädlich sind. Ohne dies alles genauer entfalten zu können: Der Embryonenschutz ist in Deutschland überakzentuiert, andere Kriterien der Fortpflanzungsmedizin sind unterbelichtet worden. Doch ihnen kommt erheblicher Rang zu.

2. Das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch

Warum ist es überhaupt vertretbar, eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung, eine außerkörperliche Befruchtung durchzuführen bzw. sie für sich in Anspruch zu nehmen? Gegen diese Handlungsoption sind grundsätzliche Einwände erhoben worden, sei es christlich-religiös oder aus feministischen Motiven oder soziologisch-strukturalistisch. Ethisch und grundrechtlich ist indessen zu unterstreichen, dass reproduktionsmedizinische Therapien legitim sind. Den Ausschlag gibt das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und von Paaren, die einen Kinderwunsch haben. Maßgebend ist ihre Fortpflanzungsfreiheit bzw. die sog. reproduktive Autonomie, die einen wesentlichen Bestandteil des persönlichen Selbstbestimmungsrechts und der Persönlichkeitsrechte ausmachen. Das deutsche Grundgesetz leitet die Selbstbestimmung sogar aus der Menschenwürde ab. Verfassungsrechtlich gilt, dass jeder einzelne Mensch entscheiden und handeln darf, so wie er es möchte, so lange er Dritten nicht schadet. Oder anders ausgedrückt: Ethik und Verfassungsrecht insistieren darauf, dass das Selbstbestimmungsrecht einschließlich der Fortpflanzungsfreiheit fundamentalen Rang und im Zweifel Vorrang besitzt. Daher bedarf es nach außen hin auch keiner weiteren Begründung, wenn eine Frau oder ein Paar mit Kinderwunsch ihr Selbstbestimmungsrecht, konkret: ihre Fortpflanzungsfreiheit in Anspruch nehmen und in diesem Rahmen moderne fortpflanzungsmedizinische Angebote nutzen. Stattdessen bedarf es ganz durchschlagender Gründe, falls der Staat die persönliche Selbstbestimmung und Fortpflanzungsfreiheit ausnahmsweise einmal beschränken möchte.

Angesichts dieser normativen Verteilungsregel bzw. dieser Beweislastregel sind etliche Verbote und Beschränkungen, die der deutsche Gesetzgeber ausgesprochen hat, nicht haltbar, etwa das inländische Verbot der Eizellspende. Beispielhaft greife hier aber ein anderes speziell deutsches Rechtsproblem auf. Nach ganz langem Zögern hat der Gesetzgeber im Jahr 2011 zugestanden, dass im Inland unter engen Bedingungen eine Präimplantationsdiagnostik (PID) durchgeführt werden darf. Das Gesetz kam völlig verspätet und es verdient Kritik. Zum Sachverhalt: In aller Regel, in der überwiegenden Zahl der Fälle wird die Reproduktionsmedizin tätig, weil bei einer Frau oder bei einem Mann Sterilitätsprobleme vorhanden sind. Bei der PID liegt es anders. Sie kommt in Betracht, falls in einer Familie schwere erbliche Belastungen bekannt sind und sofern Wunschertern diese Behinderung bzw. Krankheit für ihr erhofftes Kind ausschließen möchten. In solchen – insgesamt seltenen – Fällen ist es als Prävention möglich, Embryonen außerkörperlich zu erzeugen, sie auf die betreffende Krankheitsanlage hin zu untersuchen und der Frau dann einen Embryo einzusetzen, der von der Krankheitsdisposition unbelastet ist. Danach kann eine normale Schwangerschaft stattfinden. Die deutsche Politik hat jedoch ein Dilemma geschaffen. Von Staats wegen ist vorgeschrieben, dass eine Frau eine PID bei einer staatlich approbierten Ethikkommission beantragen muss. Diese Ethikkommission muss der Frau genehmigen, die PID durchführen zu lassen. Sie darf die Frau vorladen und sie befragen. Für ihren Bescheid muss die Kommission laut staatlicher Rechtsverordnung die „psychischen, sozialen und ethischen Gesichtspunkte“² des Einzelfalls betrachten. Danach kann sie der Frau genehmigen, dass in einem ärztlichen Zentrum eine PID erfolgt.

Diese Vorgabe des Staates ist ethisch und grundrechtlich nachdrücklich zu kritisieren. Die Bundesrepublik Deutschland ist der einzige europäische Staat (bzw. überhaupt der einzige Staat), der vorschreibt, dass – zum einen – jede *einzelne* PID von einer staatlichen Kommission genehmigt werden muss und dass – zum anderen – die Kommission sogar noch die „*ethischen*“ Aspekte des Einzelfalls zu prüfen hat.

Im Gegenzug gilt: Die ethischen Aspekte sind Sache der Frau und ihres Partners. Es gründet auf ihrer persönlichen moralischen Überzeugung, ob sie eine PID in

² PIDV § 6 Abs. 4 v. 21.2.2013 (BGBl. I S. 323).

Anspruch nehmen oder nicht. Dass sie hierzu einen subjektiven persönlichen Entschluss treffen, wird durch ihr Selbstbestimmungsrecht, ihre Persönlichkeitsrechte und durch ihre Fortpflanzungsfreiheit abgedeckt. Wenn der Staat anordnet, dass eine staatlich approbierte Kommission jeden Einzelfall zu prüfen hat, und zwar sogar noch auf die „ethische“ Vertretbarkeit hin, bildet dies einen Durchgriff in die Privatsphäre, die Fortpflanzungsfreiheit und die Gewissens- sowie Handlungsfreiheit der Frau und ihres Partners, der zu weit geht.

An dem Beispiel mag man ablesen, dass die Gesetzgebung der Bundesrepublik zur Fortpflanzungsmedizin zu restriktiv konstruiert ist und dass Korrektur- und Öffnungsbedarf besteht.

So sehr ich dies unterstreiche, füge ich vorsorglich hinzu: Das soeben Gesagte war kein Plädoyer für ein Laissez-faire, für völlige Beliebigkeit. Denn angesichts der Fortpflanzungsmedizin ist noch ein weiteres Kriterium von Belang:

3. Gesundheitsschutz und Kindeswohl

Jede medizinische, auch die fortpflanzungsmedizinische Behandlung ist an einem Prinzip der Medizinethik zu bemessen, das schon in der griechischen Antike bekannt war: non nocere, d.h.: Der Arzt darf keinen Schaden zufügen, der vermeidbar wäre. Wie andere medizinische Therapien ist die Fortpflanzungsmedizin risikoträchtig. Sie muss so schonend und risikoarm wie irgend möglich praktiziert werden.

Dies ist ethisch eigentlich eine Selbstverständlichkeit. In Deutschland brechen hierzu jedoch Probleme auf, weil bestimmte gesetzliche Vorgaben von 1990 die bestmögliche fortpflanzungsmedizinische Behandlung behindern. An die Gesundheit und an das Wohl des Kindes sollten sodann jedoch ebenfalls die Frau oder die Paare denken, die sich ein Kind wünschen, sowie die Ärzte. Eine Besonderheit der Fortpflanzungsmedizin ergibt sich ja daraus, dass die jeweilige Behandlung nicht nur die Patientin selbst betrifft, sondern auch einen Menschen, der sich selbst nicht äußern kann / der selbst nicht befragt werden kann: das erhoffte Kind. Daher ist es wichtig, vor jeder reproduktionsmedizinischen Behandlung das Wohl und die Interessen, die vorwirkenden Rechte des erhofften Kindes zu bedenken. Sofern der Einzelfall so gelagert ist, dass eine reproduktionsmedizinische Therapie für das erhoffte Kind von vornherein gefahrenträchtig erscheint, sollte sie unterbleiben. Dies spricht zum Beispiel gegen die fortpflanzungsmedizinische Unter-

stützung bestimmter Kinderwünsche, sofern eine Frau schon recht alt ist, also deutlich über 40 oder erst recht über 50 Jahre.³

Mithin: Die Fortpflanzungsfreiheit gilt nicht unbeschränkt. Eltern, die sich ein Kind wünschen, sollten sich überlegen, ob ihr Behandlungswunsch mit den wohlverstandenen Interessen eines Kindes tatsächlich in Einklang steht. Gegebenenfalls sollten auch Reproduktionsmediziner Grenzen ziehen und überzogene Behandlungswünsche nicht erfüllen.

Davon abgesehen bleibt es aber bei dem Leitgedanken, dass die Fortpflanzungsfreiheit als Teil des Selbstbestimmungsrechts einer Frau und ihres Partners zu respektieren ist. Daher ist es gerechtfertigt, fortpflanzungsmedizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Gesetzgeber sollte die Unklarheiten und die inländischen Erschwernisse, die ich angedeutet habe, ausräumen; dies ist überfällig. Hierzu kann sich die Bundesrepublik Deutschland an den Nachbarländern Schweiz oder Österreich ein Beispiel nehmen. Denn dort sind solche Öffnungen und Liberalisierungen bereits umgesetzt worden.

³ Insofern sind manche Ausformungen des sog. social freezing in Frage zu stellen. – Oder ein anders gelagertes Beispiel dazu, dass bestimmten Formen der Kinderwunschmedizin aufgrund des Kindeswohls Grenzen zu ziehen sind: Ethisch gilt, dass jeder Mensch ein Anrecht hat, über seine genetische Herkunft Informationen zu erhalten. Mit diesem Prinzip lässt sich nicht vereinbaren, wenn im In- oder im Ausland Samenspenden oder Eizellspenden auf anonymer Basis erfolgen. Dies verstößt gegen das vorwirkende Recht eines Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung.