

Hartmut Kreß *

Ethische Grenzen bei der Reproduktionsmedizin des Menschen

Referat am 19.2.2025 auf der Kooperationsveranstaltung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, dem Fachbereich Veterinärmedizin der Freien Universität Berlin sowie der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin zu dem Thema „Reproduktionsmedizin bei Mensch und Tier: Zwischen medizinischer Routine und ethischem Dilemma?“

1. Vorbemerkung: Die ethische Legitimität der Reproduktionsmedizin

Meinem Referat liegt die Themaformulierung zugrunde, die ich für diese Veranstaltung erhalten habe. Sie war als Frage formuliert und lautete: „Wo sind die ethischen Grenzen bei der Reproduktionsmedizin des Menschen?“. Auf Grenzen der Fortpflanzungsmedizin werde ich nun eingehen – mit ethischem Fokus, aber auf unterschiedlichen Ebenen.

Vorab sei angemerkt, dass mein Referat durch das Stichwort der „Grenzen“ keinen falschen Zungenschlag erhalten soll. Ich werde keinem Skeptizismus gegenüber der Reproduktionsmedizin das Wort reden. Dies zu betonen ist hier in Deutschland wichtig. Die erste Geburt eines Kindes durch die heutige Fortpflanzungsmedizin – nach außerkörperlicher Befruchtung – erfolgte 1978 in England. In Deutschland wurde diese damals neuartige medizinische Option jahrzehntelang äußerst kritisch, ja ablehnend diskutiert – mit Auswirkungen bis heute. Dieser Abwehrhaltung ist zu widersprechen. Meinerseits möchte ich den guten humanen Sinn der Fortpflanzungsmedizin unterstreichen. Sie verhilft Frauen bzw. Paaren zu einem genetisch eigenen Kind, obwohl bei den Betroffenen biologische Hinderungsgründe vorhanden sind – Infertilität aufseiten der Frau oder des Mannes, keine Ausbildung funktionsfähiger Eizellen oder anderes. Sehr viele Frauen und Männer leiden darunter, aus biologischen Gründen ohne eigene Kinder leben zu müssen. Die moderne Fortpflanzungsmedizin ermöglicht es, biologische Hürden auszugleichen. Hierdurch wirkt sie psychischem bzw. persönlichem existenziellem Leiden entgegen.

Darüber hinaus lassen sich der Sinn und die Legitimität der Reproduktionsmedizin noch mit anderen Argumenten begründen. Auf der Hintergrundebene ist an eine Grundidee des Menschenbilds zu denken, die für das Abendland tragend wurde, sowie an ein individuelles Menschenrecht, das seit etwa 30 Jahren international anerkannt wird.

* Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Sozialethik. Website: <https://hartmut-kress.de>

Was das Menschenbild anbelangt: Seit der Antike, genauer: seit Aristoteles findet sich in der europäischen Philosophie der Gedanke, das Sein des Menschen werde von sog. „natürlichen Neigungen“ oder von „natürlichen Strebungen“ geprägt (latein.: „inclinaciones naturales“). Eine der natürlichen Strebungen des Menschen sei die Erzeugung von Nachkommen. Zugleich arbeitete die abendländische Philosophie jahrhundertlang heraus, jeder einzelne Mensch könne und solle seine natürlichen Strebungen mithilfe seiner Vernunft gestalten. Anders und modern ausgedrückt: Die Fortpflanzung gehört zu den Existenzialien, zu den Wesensmerkmalen des Menschseins, mit denen der Mensch rational umgehen sollte und die er rational handhaben kann und darf. Diese Aussage stützt und legitimiert die heutige Fortpflanzungsmedizin: Sie dient der menschlichen Fortpflanzung auf der Basis wissenschaftlicher Vernunft

Sodann ist auf die Menschenrechte hinzuweisen. Präzis geht es um das Grundrecht jedes Menschen auf Fortpflanzungsfreiheit. Die Fortpflanzungsfreiheit – anders gesagt: die reproduktive Autonomie – ist ein Bestandteil des persönlichen Selbstbestimmungsrechts, das jedem Menschen zusteht. Zum eigenständigen Menschenrecht ist die Fortpflanzungsfreiheit seit der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz 1994 aufgestiegen. Ethisch und rechtlich wird sie so gedeutet, dass sie die Nutzung technischer Hilfsmittel für die Fortpflanzung einschließt. D.h., unter Berufung auf ihre Fortpflanzungsfreiheit haben eine Frau oder ein Mann das gute Recht, zur Realisierung eines Kinderwunsches auch die Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

So betrachtet ist die Fortpflanzungsmedizin sinnvoll und legitim:

- Sie wirkt dem Leiden von Menschen unter Kinderlosigkeit entgegen;
- sie entspricht dem abendländischen Menschenbild, dem gemäß Fortpflanzung unter die tragenden Merkmale des Menschseins zu rechnen ist;
- wenn Menschen mit Kinderwunsch sie nutzen, können sie sich auf ihr Grundrecht auf Fortpflanzungsfreiheit berufen.

Auch in Deutschland ist die Fortpflanzungsmedizin inzwischen eine Routinetherapie. Jedes Jahr verdanken ihr im Inland ca. 3 % aller neugeborenen Kinder ihre Existenz. Dies ist der Fall, obwohl der deutsche Gesetzgeber ihre Nutzung sehr stark eingeengt und er sie begrenzt hat. Nun soll es in diesem Referat ja um „Grenzen“ der Reproduktionsmedizin

gehen. Daher werde ich – vom Titel des Vortrags hierzu gedrängt – die Grenzen erwähnen müssen, die der Deutsche Bundestag gezogen hat.

2. Grenzziehungen durch den deutschen Gesetzgeber

In der Bundesrepublik Deutschland gilt zur Fortpflanzungsmedizin ein Gesetz, das vor 35 Jahren, im Jahr 1990, beschlossen worden ist, nämlich das Embryonenschutzgesetz. Das Gesetz enthält Strafandrohungen. Zahlreiche Anwendungen der Fortpflanzungsmedizin, die medizinisch eigentlich zum Standard geworden sind und die in anderen Staaten mit guten Ergebnissen praktiziert werden, werden von ihm verboten oder stark eingeschränkt.

Um nur *ein* Beispiel zu erwähnen: die Eizellspende. Die Reproduktionsmedizin ermöglicht Frauen ohne funktionsfähige Eizellen, sich eine Eizelle implantieren zu lassen, die von einer anderen Frau, einer Spenderin stammt. Mithilfe der gespendeten Eizelle kann sie ein erhofftes Kind austragen. Diese Option ist im Inland verboten. Frauen fahren daher ins Ausland, um sich eine dort entnommene Eizelle einsetzen zu lassen. Sofern Ärzte im Inland Beihilfe leisten, ist dies strafbar.

Das deutsche Verbot ist unplausibel. Es verletzt die Fortpflanzungsfreiheit der Frau, die sich eine Eizelle spenden lassen möchte. Zugleich verletzt es das Selbstbestimmungsrecht der Spenderin, wenn man voraussetzt, dass sie wohlinformiert und wohlervogen dazu bereit ist, einer anderen Frau mit der ihr explantierten Eizelle zu einer Schwangerschaft zu verhelfen.

Den Kern, das Zentrum, die Mitte der in Deutschland geltenden Verbote bildet jedoch noch ein anderer Sachverhalt, nämlich der rigorose Schutz von befruchteten Eizellen bzw. – wie üblicherweise gesagt wird – der Embryonenschutz. So ist im Inland bei außerkörperlicher Befruchtung / In-vitro-Fertilisation der elektive Single-Embryo-Transfer nicht zulässig, also die gezielte außerkörperliche Erzeugung mehrerer Embryonen. Das Verfahren dient dazu, aus mehreren befruchteten Eizellen eine auszuwählen, die tatsächlich entwicklungsfähig erscheint, damit sie der Frau mit guten Aussichten implantiert werden kann. Zu den Vorteilen gehört, dass sich hierdurch Mehrlingsschwangerschaften vermeiden lassen. Allerdings bleiben bei dem Verfahren – methodisch in Kauf genommen – Embryonen überzählig. Der deutsche Gesetzgeber nimmt dies um des Embryonenschutzes willen nicht hin.

D.h., der Embryonenschutz ist in der deutschen Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin das Schlüsselmotiv. Daher ist in Deutschland auch Embryonenforschung verboten. Nun verhält es sich bekanntlich so, dass die heutige Fortpflanzungsmedizin wesentlich auf Embryonenforschung beruht. Die Fortpflanzungsmedizin, die in Deutschland stattfindet, profitiert von der Embryonenforschung im Ausland, etwa in Großbritannien oder in Israel. Sie ist zur Trittbrettfahrerin des Auslands geworden.

Das Verbot reicht sogar noch weiter. Obwohl der Gesetzgeber dies verhindern wollte, sind in Deutschland überzählige Embryonen faktisch vorhanden. Per Strafrecht ist es verboten, ihnen Stammzellen zu entnehmen, um an den embryonalen Stammzellen gesundheitsbezogen zu forschen. Das Verbot findet sich im Stammzellgesetz aus dem Jahr 2002, das an das Embryonenschutzgesetz angelehnt worden ist. In Deutschland darf nur an embryonalen Stammzellen geforscht werden, die importiert werden müssen, weil sie laut Gesetz ausländischen Embryonen zu entstammen haben – und auch dies nur nach Sondergenehmigung und auf der Basis weiterer stark einschränkender Bedingungen.

Im Ergebnis heißt das: Aus den deutschen Embryo-Gesetzen resultieren einschneidende Verbote für die ärztliche Tätigkeit, für die Klinik und für die Forschung.

Wie sind solche Verbote zu kommentieren? Der springende Punkt: In seiner Gesetzgebung hat sich der Deutsche Bundestag letztlich die Position der katholischen Kirche zu eigen gemacht. Demzufolge sei eine befruchtete Eizelle bzw. ein früher Embryo bereits ein „Mensch“, der praktisch wie eine individuelle menschliche Person geschützt und behandelt werden solle. Weil der Embryo ein Mensch sei, dürfe an ihm nicht geforscht werden; und bei IVF-Behandlungen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers möglichst keine Embryonen überzählig bleiben. Um schlaglichtartig noch eine weitere deutsche Restriktion zu erwähnen: Aus Gründen des Embryonenschutzes ist in der Bundesrepublik Deutschland z.B. die Präimplantationsdiagnostik so restriktiv geregelt wie in keinem anderen vergleichbaren westlichen Staat.

In der Sache, wissenschaftlich, philosophisch und ethisch, ist die Position des Gesetzgebers nicht haltbar. Inzwischen hat sich breit die Einsicht durchgesetzt, dass ein früher Embryo menschliches Leben ist (human life); aber er ist noch kein „Mensch“, kein human being im engeren Sinn. Erst nach und nach werden der Embryo und der Fetus zu einem Menschen. Und erst in der spätesten Phase der Schwangerschaft kommt der Fetus einem geborenen

Menschen sehr nahe, nämlich wenn er extrauterin überlebensfähig ist und wenn sich – ganz spät, ca. in der 28. Woche p.c. – mit der Verschaltung von Thalamus und Neokortex ein bewusstes Schmerzempfinden ausprägt.

In diesem Licht sind die Restriktionen, die die Bundesrepublik Deutschland zur Fortpflanzungsmedizin kodifiziert hat, nachdrücklich zu kritisieren. Der deutsche Gesetzgeber hat der Reproduktionsmedizin Grenzen gezogen, die für die Forschung und für die gesundheitliche Versorgung abträglich sind. Bis heute sind Regierung und Parlament nicht bereit, Abhilfe zu schaffen und unplausible Grenzziehungen aufzuheben.

So weit zu diesem Punkt, zu den Grenzziehungen durch den deutschen Gesetzgeber. Jetzt setze ich gedanklich nochmals neu und anders an. Ich lasse die hiesige Gesetzeslage auf sich beruhen und bringe Argumente der Ethik im Sinn der akademischen, der wissenschaftlichen oder philosophischen Ethik ins Spiel. Auch aus dieser Sicht gilt – allerdings mit anderer Zuspitzung –: Nicht alles, was reproduktionsmedizinisch machbar ist oder in Zukunft realisierbar werden könnte, ist ethisch vertretbar. Potenzielle Grenzen ergeben sich aus den ethischen Kriterien, die ich nun aufliste.

3. Kriterien für ethische Grenzziehungen

Zur ethisch-normativen Beurteilung der Reproduktionsmedizin nenne ich drei Leitideen.

a) Die Persönlichkeitsrechte der beteiligten Personen

Um die Fortpflanzungsmedizin ethisch zu legitimieren, hatte ich eingangs auf die Fortpflanzungsfreiheit als Teil des Grundrechts auf Selbstbestimmung und des Persönlichkeitsrechts hingewiesen. Das Selbstbestimmungs- bzw. Persönlichkeitsrecht ist jedoch noch anderweitig relevant. Dabei geht es um das Selbstbestimmungsrecht von Dritten, die ggf. beteiligt werden, wenn Menschen sich einen Kinderwunsch erfüllen möchten. Als Beispiel habe ich bereits die Eizellspende erwähnt. Ethisch ist eine Eizellspende nur dann vorstellbar, wenn die Spenderin umfassend informiert und beraten worden ist und wenn sie aus ihrer eigenen Sicht zugestimmt hat. Oder ein anderes Beispiel: Man kann aus guten Gründen der Meinung sein, dass Leihmutterschaft zulässig werden und durch Gesetz geregelt werden sollte. Jedoch verbieten sich alle Formen von Leihmutterschaft, bei denen die austragende Frau ökonomisch ausgenutzt und ihr Recht auf Privatsphäre und ihre Persönlichkeitsrechte verletzt werden.

b) Der Gesundheitsschutz aller Betroffenen

Neben dem Selbstbestimmungsrecht ist der Schutz der Gesundheit als ethisches Kriterium an die Fortpflanzungsmedizin anzulegen. Ggf. zieht es ihr Grenzen – und zwar in unterschiedliche Richtungen hin:

- Für die Frau selbst, die sich ein Kind wünscht und die sich der Behandlung unterzieht, muss das Verfahren gesundheitsverträglich ausfallen.
- Möglicherweise werden aber auch andere Personen in eine Behandlung einbezogen, z.B. eine Eizellspenderin. Wenn ein Eingriff stattfindet – konkret die Entnahme von Eizellen –, muss er medizinisch kalkulierbar und gesundheitlich unbedenklich sein.
- Und nicht zuletzt ist für die Kinder, die durch außerkörperliche Befruchtung erzeugt werden, zu beachten: Ihre medizinisch assistierte Erzeugung darf für sie keine Gesundheitsschäden bewirken, die unkalkulierbar, unverhältnismäßig oder vermeidbar wären.

Aus Zeitgründen kann ich auf den Gesundheitsschutz jetzt nicht genauer eingehen. Aber es liegt auf der Hand, dass er für reproduktionsmedizinische Angebote eine wesentliche Schranke darstellt. Diese Angebote sollen gesundheitlich keinen Schaden bewirken. Mit dem Gesundheitsschutz überschneidet sich teilweise der nachfolgende Aspekt.

c) Verstärkt zu bedenken: das Kindeswohl und vorwirkende Kinderrechte

Inwiefern hat die Reproduktionsmedizin mit dem Kindeswohl und mit Kinderrechten zu tun? Reproduktionsmediziner*innen behandeln doch gar keine Kinder. Jedoch greift die gedankliche Konstruktion, dass die Rechte, die ein geborener oder auch ein eventuell geborener Mensch besitzt, bereits vorwirkend zu beachten sind.

Soeben, im vorausgehenden Abschnitt, hatte ich unterstrichen, dass jeder geborene Mensch ein Recht auf Schutz seiner Gesundheit hat. Vorwirkend greift dieses Recht schon für die Zeit vor der Geburt. Das ist bekanntlich wichtig für die medizinische Betreuung von Schwangerschaften. So darf bei der Medikation von Schwangeren der Fetus, das spätere Kind, nicht geschädigt werden. Mit dem vorwirkenden Gesundheitsschutz hat sich ebenfalls die Reproduktionsmedizin auseinanderzusetzen: Er ist schon präinaktiv, vor der Einnistung des Embryos in die Gebärmutter, sowie präkonzeptionell, vor der Erzeugung zu berücksichtigen. Aus diesem Grund verbietet es sich wenigstens zurzeit, Kinder mithilfe

einer Keimbahntherapie zur Welt zu bringen; denn bei einem Eingriff in die Keimbahn wäre die Gefahr für die physische Gesundheit des Kindes gegenwärtig unkalkulierbar und viel zu groß.

Doch auch für „normale“, schon jetzt übliche, alltägliche Kinderwunschbehandlungen ist der vorwirkende Gesundheitsschutz des erhofften Kindes wichtig. Ggf. sollte er für Ärztinnen und Ärzte und für das Kinderwunschpaar den Ausschlag geben, auf die Kinderwunschbehandlung zu verzichten. Konkret: Bei männlicher Infertilität kommt das ICSI-Verfahren in Betracht, also die direkte Injektion von Spermien in die Eizelle. Im Einzelfall kann es aber so aussehen, dass ein nach ICSI geborener männlicher Nachkomme seinerseits geschädigt sein wird, erblich bedingt durch eine Schädigung des Mannes mit Kinderwunsch auf dem Y-Chromosom. In einem solchen Fall sollte man um des vorwirkenden Gesundheitsschutzes willen an einen Handlungsverzicht denken.

Der Sache nach kommt hinzu: Das Kindeswohl bzw. die vorwirkenden Rechte des geborenen Menschen sind ebenfalls psychisch und psychosozial zu bedenken. Wiederum ein Beispiel: Offenkundig ist es für Heranwachsende wichtig, über ihre genetische oder biologische Herkunft Bescheid wissen zu können und mit ihren biologischen Erzeugern unter Umständen sogar Kontakt aufnehmen zu können. Daher sind anonyme Samenspenden oder anonyme Eizellspenden abzulehnen, denn sie lassen sich mit den vorwirkenden Persönlichkeitsrechten und dem vorwirkenden psychischen Gesundheitsschutz des erhofften Kindes nicht in Einklang bringen.

Diese Leitidee – das Kindeswohl, die Kinderrechte – unterstreiche ich auch ganz grundsätzlich. Bis in die Neuzeit hinein besaßen Kinder keine eigenen Rechte. Sie waren der Besitz, das Eigentum der Eltern, insbesondere des Vaters, und unterlagen der sog. väterlichen Gewalt („patria potestas“). Aufgrund seines Verfügungsrechtes über das Kind konnte in der Antike ein Hausherr z.B. verlangen, ein behindertes Kind auszusetzen. Dass Kinder als Menschen mit eigenen Rechten einzustufen sind, ist eine moderne Einsicht des 20. Jahrhunderts. Den Durchbruch erbrachte im Jahr 1989 die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen: Seitdem gelten Kinder nicht nur als bloßes Objekt der elterlichen Fürsorge, sondern als eigenständige menschliche Subjekte.

Diesen heutigen Standpunkt – die Anerkennung des Kindes in seinem Eigenwert und in seiner Subjektstellung – sollte die Reproduktionsmedizin stets im Blick behalten. So sehr

der gute Sinn ihrer Behandlungsangebote zu unterstreichen ist: Sie sollte nicht dahingehend umschlagen und umkippen, dass Erwachsene mit ihrer Hilfe Kinder zum bloßen Objekt ihrer Wünsche und ihrer Projektionen machen. Dies würde den Eigenwert und den Subjektstatus von Kindern verletzen. Problematisch sind etwa die reproduktionsmedizinisch assistierte Erzeugung eines Kindes, nur damit eine Ehe gerettet wird, oder die Option, ein Kind mit dem Samen eines Verstorbenen zu erzeugen. Zu Letzterem, zur postmortalen Samennutzung, stellt sich meines Erachtens die Frage, ob ein so erzeugtes Kind um seiner selbst willen zur Welt gebracht werden soll oder ob es zum bloßen Platzhalter für den Verstorbenen und zur Projektionsfläche der Hinterbliebenen zu werden droht. Grundsätzlich sind überdies die Grenzen zur positiven Eugenik zu beachten.

4. Fazit

Zum einen: In diesem Referat sollte ich über Grenzen der Reproduktionsmedizin sprechen. Die Grenzziehungen, die der deutsche Gesetzgeber fixiert hat, können nicht überzeugen. Sie sind viel zu stark auf den Embryonenschutz fokussiert; sie sind überzogen und teilweise gesundheitsschädlich bzw. medizinisch kontraproduktiv. Es gehört zu den düsteren Seiten der deutschen Rechtspolitik, dass der Deutsche Bundestag trotz zahlreicher Aufforderungen seit mehr als zwei Jahrzehnten nicht bereit ist, die überholten Verbotsnormen aufzuheben.

Zum anderen: Losgelöst von der deutschen Gesetzeslage ist es der Sache nach wichtig, über ethische Grenzziehungen nachzudenken. In meinem Referat habe ich Kriterien und zugleich Grenzen der Fortpflanzungsmedizin genannt: die Persönlichkeitsrechte Dritter, den Gesundheitsschutz aller Beteiligten und die vorwirkenden Rechte des erhofften Kindes. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Grenzen zumeist nicht starr und statisch definieren lassen, sondern sehr oft vom Einzelfall abhängen. Hier ist die ärztliche Verantwortung dauerhaft herausgefordert. Und für Menschen mit Kinderwunsch ist gerade dann, wenn ihr Wunsch ethische Grenzen berührt, psychosoziale Beratung sinnvoll. Sie sollte institutionell weiter ausgebaut werden.

Literatur

H. Kreß, Ethische Kriterien der Reproduktionsmedizin, in: E. Nieschlag u.a. (Hg.), *Andrologie. Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*, Berlin: Springer, 4. Aufl. Berlin 2023, S. 865–877;

H. Kreß, *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – Rechtspolitik*, Stuttgart: W. Kohlhammer, 3. erw. u. überarb. Aufl. 2024, S. 139–194.