

Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion

Ritter Georg und der Drache

Sollen wir der Macht des Drachen
wehlos, feig uns unterwerfen? -
Oder aus dem Wahn erwachen
und zum Kampf die Waffen schärfen? -

Wollen wir für falschen Frieden
opfern Freiheit, Glaub und Ehren,
statt dem mörderischen Wüten
mit geeinter Kraft zu wehren? -

Müssen wir dem Volksvergiften
bis auf's Blut nicht widerstehen,
wenn mit Lügen, Dämonen, Schriften
sie die Drachensaat saen? -

Können wir der Feigheit Ketten
mit dem Christennamen schmücken?
Nur um unsre Haut zu retten,
bettelnd mit dem Kopfe nicken?

Soll es keine Männer geben,
die für Recht und Freiheit fechten,
ohne Rücksicht auf ihr Leben
widerstehn den Übermächtigen? -

Wird die Gottesfurcht vertreiben
Angst vor Bomben und Tyrannen? -
Wollen wir nur Sklaven bleiben
und die Freiheit selbst verbannen? -

Nein! - Laßt uns mit Georg reiten,
ohne Feigheit, Furcht und Zweifel
mit der Drachendeut zu streiten,
Ritter wider Tod und Teufel!



*Allen unseren Lesern
wünschen wir
ein gesegnetes Weihnachtsfest
und ein gutes Neues Jahr 1997.*

*Wir danken Ihnen für die Unterstützung im vergangenen Jahr
und hoffen weiterhin auf eine gute Zusammenarbeit.*

Ihre Europäische Ärzteaktion

Zum Neuen Jahr

Ich hab den Jahreskreis durchschritten.
Die Zukunft tut sich vor mir auf.
Nun setze, Herr, laß Dich erbitten,
des Segens Siegel Du darauf!

Aus eigener Kraft ist nichts gewonnen.
Der eigne Wille reicht nicht weit.
Wie schnell ist meine Zeit zerronnen
vorm Horizont der Ewigkeit!

Noch bin ich hier, noch darf ich schaffen,
noch schlägt mein Herz gewohnten Gang.
Laß Aug' und Muskel nicht erschlaffen
dies eine neue Jahr entlang!

Da will ich glauben, will ich dienen
und Dank und Bitten heut erneun.
Was fremd und schwer, was hart erschienen,
Du kannst der Sorgen Last zerstreun.

Noch gönnst Du mir im Strom der Jahre,
was mir allzeit vonnöten ist.
Und Du bestimmst das wunderbare,
das sel'ge Ende meiner Frist.

Wilhelm Horkel

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	Dr. Alfred Häußler	3	Euthanasiegift patentiert	Zeit-Fragen	17
Aufwachen in später Stunde	Christa Meves	5	Transplantation föt.Gewebes	G. Klinkhammer	19
Die Fortschrittsfalle....	Walter Krämer	8	Die heilsgesch. Bedeutung..	L.Börsig-Hover	21
Brief an den Bundespräsidenten	Dr. S. Ernst	12	Aktive Sterbehilfe	Dr.K.H. Beckers	26
Brief an Minister Seehofer	Europ.Ärzteaktion	13	Stellungnahme	Hubert Hüppe	MdB 28
Das Tor zur Euthanasie	Elisabeth Backhaus	16	Dokumentation Bioethik - Konvention		45

Verantwortung statt Emanzipation

Von Viktor Frankl stammt das Wort: "Glauben Sie mir, auch Auschwitz, Treblinka und Maidonek sind ursprünglich nicht in den Ministerien zu Berlin vorbereitet worden, sondern zuvor an den Schreibtischen und in den Hörsälen nihilistischer Wissenschaftler und Philosophen". Viktor Frankl muß dies wissen, denn der am 26.3.1905 in Wien geborene Psychiater und Neurologe und Herausgeber des Handbuches der Neurosenlehre und Psychotherapie war selbst viele Jahre in einem Konzentrationslager interniert. Davon berichtet der jetzt 91-Jährige in seinem Buch "Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager". Die Konzentrationslager und die Menschenvernichtungslager mit ihren Gaskammern sind nach Auffassung von Viktor Frankl nichts anderes als das traurige und unheilvolle Endprodukt einer Ideologie, die sich vom Glauben an Gott und von seiner von ihm gegebenen Ordnung für die Menschen und ihr Zusammenleben emanzipiert hat.

Die Emanzipation des Menschen und Folge der Kulturrevolution von 1968

Trotz Auschwitz, trotz Treblinka und trotz Maidonek ist die Emanzipation des Menschen die Hauptforderung und das Endziel der Kulturrevolution, die seit 1968 das Denken und das Verhalten so vieler Menschen in ganz Europa und Nordamerika, besonders aber in Deutschland bestimmt. Diese Kulturrevolution hat ihre Wurzeln in der modernen Philosophie des Existentialismus, aus dem auch der Feminismus hervorging, sowie in den Lehren der Frankfurter Schule der "Kritischen Theorie" mit ihrem Neo-Marxismus. Die Frankfurter Schule wurde von Max Horkheimer gegründet und fortgeführt von Theodor W. Adorno und von Herbert Marcuse. Heute ist Jürgen Habermas der Vertreter der Frankfurter Schule. Die Emanzipation des Menschen von allen Herrschaftsstrukturen und von jeder Bevormundung und von jeder Autorität ist die Hauptforderung der neuzeitlichen Kulturrevolution. Dazu gehört auch die Emanzipation von Gott, von seiner dem Menschen vorgegebenen Ordnung, von seinen Geboten und Verboten, eben die Emanzipation von jeder Religion überhaupt. Der emanzipierte Mensch ist der Mensch der Selbstgesetzlichkeit, der Selbstbestimmung, der Nichtverantwortlichkeit vor einer höheren Instanz, also der autonome Mensch mit der autonomen Moral.

Die Eigenverantwortlichkeit des Menschen für sich selbst und für sein Tun

Nicht die Emanzipation des Menschen, sondern die Verantwortung des Menschen ist das eigentliche Lebensprinzip für den Menschen, die Richtschnur für sein Leben. Diese Verantwortung des

Menschen gründet sich auf die Aussagen des Schöpfungsberichtes in der Heiligen Schrift, in dem es heißt, daß jeder Mensch ein Abbild Gottes ist (Genesis 1,27) und daher stets auf Gott hin bezogen bleibt. Deshalb trägt der Mensch Verantwortung gegenüber Gott, dessen Abbild er ist (Genesis 1,27). Er kann und darf sich nicht von ihm emanzipieren. Gott als Autorität und als Gesetzgeber für menschliches Handeln anzuerkennen, ist Pflicht und Aufgabe des Menschen sein ganzes Leben lang. Dafür trägt er die Verantwortung.

Die Mitverantwortung des Menschen für seine Mitmenschen

Der Mensch lebt nicht allein auf dieser Welt, nicht nur für sich allein, sondern er ist immer auch für andere da, für seine Mitmenschen. Darum trägt er auch Verantwortung für seine Mitmenschen, für seine Nächsten, für seine Familie, für die gesamte Menschheit. Denn der einzelne Mensch ist nur ein winziges Glied des gesamten Menschengeschlechtes. Haben doch alle Menschen ihren gemeinsamen Ursprung und auch alle das gleiche Ziel. Gerade dadurch sind alle Menschen aufs engste miteinander verbunden. Keiner kann wirklich Mensch sein im Vollsinn dieses Wortes ohne die tiefgreifenden und so vielfältigen Bindungen an seine Mitmenschen und ohne Mitverantwortung für diese.

Die Mitverantwortung des Menschen für seine Mitmenschen duldet keine Vernichtung menschlichen Lebens, auch nicht die des ungeborenen Lebens. Darf denn der Mensch die Axt an den "Baum des Lebens" (Genesis 2,9) legen, indem er ungeborene Kinder tötet?! Ist dies Mitverantwortung des Menschen für den Mitmenschen, zu der jeder Mensch berufen ist und von der sich nicht ein Einziger emanzipieren kann und darf?!

Verantwortung setzt Bindung

voraus

Verantwortung ist nur in Freiheit und in gleichzeitiger Bindung möglich. Nur der Mensch im Besitz der Willensfreiheit vermag verantwortlich zu handeln. Aber auch nur der Mensch, der sich gebunden weiß an eine höhere, über ihm stehende Instanz und der sich von dieser Instanz nicht emanzipiert, handelt in Verantwortung vor dieser höheren Instanz. Beides gehört zusammen, auch wenn sie gegenseitige Pole zu sein scheinen: Freiheit und Bindung! Denn nur bei der in Freiheit vollzogenen Respektierung der Bindung entsteht Verantwortung!

In seiner Freiheit, aber auch durch die Bindung an eine höhere Instanz unterscheidet sich der Mensch wesentlich vom Tier. Das Tier ist nicht frei, es lebt nach seinen Instinkten und Trieben und kann keine

Bindung an eine über ihm stehende Instanz erkennen. Das Tier ist nicht transzendenzfähig. Es kann keinen Gesetzgeber über sich erkennen und anerkennen. Dadurch ist das Tier kein Verantwortungsträger. Verantwortliche Entscheidungen vermag es nicht zu treffen. Und dennoch ist es eine Tatsache: Kein Tier bringt in der Regel seine Nachkommen um. Es sorgt für diese, pflegt und hegt und füttert sie, bis sie flügge sind. Hier zeigt sich in ganzer Deutlichkeit die absolute Verantwortungslosigkeit der Menschen, die ihre eigenen ungeborenen Kinder umbringen oder umbringen lassen. Nur die Emanzipation macht dies möglich und erklärbar. Sie schafft den verantwortungslosen Menschen!

Der verantwortungslose Mensch

Wohin wir uns auch immer umsehen in der modernen Gesellschaft, so stellen wir fest: Der Mensch in der heutigen Zeit lebt nur zu gern emanzipiert, selbstbestimmend und ohne Bindung, damit aber auch ohne Verantwortung für sich selbst und ganz besonders ohne Verantwortung für andere. Er meint niemanden Rechenschaft schuldig zu sein für sein Handeln und Verhalten, denn er ist autonom. Er lebt als verantwortungsloser Mensch. Er ist ein Produkt der Emanzipation!

In dieser Emanzipation läßt es sich für den Einzelnen vielleicht eine Zeit lang ungestört leben. Ist ein solches Leben aber für die Gesellschaft nützlich und auf die Dauer tragbar? Wir sehen heute überall bereits die Folgen. Sie sind erschreckend. Acht Millionen getötete ungeborene Kinder allein in Deutschland klagen an! Sie klagen an den verantwortungslosen Menschen, seine Ichbezogenheit, seinen Egoismus, seine Selbstbestimmung, seine Autonomie, seine Selbstgesetzlichkeit, seine Eigenverantwortlichkeit nur sich selbst gegenüber, seine Bindungslosigkeit, seine Überheblichkeit, seine Emanzipation von allen Geboten und Verboten, die dem Menschen vor viertausend Jahren zu seinem eigenen gegliückten Leben und zu seinem Zusammenleben in der sozialen Gemeinschaft mit seinen Mitmenschen gegeben wurden. Die Emanzipation, diese Hauptforderung der Kulturrevolution, in der wir immer noch leben, schuf den verantwortungslosen Menschen.

Die Folgender

Verantwortungslosigkeit des Menschen

Nach den neuesten Statistiken sinkt in allen Ländern Europas die Geburtenzahl seit den ausgehenden 60er - Jahren. Europa wurde ein sterbender Kontinent. Der Zustrom von Menschen aus den islamischen Ländern ist die Folge davon und wird sich voraussichtlich weiter erhöhen. Denn die Geburtenziffer in Deutschland hat sich mehr als halbiert. Wir haben mehr Säрге als Wiegen! "Der Untergang des Abendlandes", von dem Oswald Spengler schon im Jahre 1922 schrieb, wird dann traurige Wirklichkeit. Daß sich darüber niemand erregt und so gut wie niemand darüber nachdenkt, ist wiederum eine Folge der Emanzipation.

Wenn jetzt blankes Entsetzen viele Menschen in

aller Welt befällt über die perversen Kinderschändungsdelikte in Belgien, in Thailand und anderswo, nicht zuletzt auch in der Bundesrepublik Deutschland, so sind diese abscheulichen Verbrechen doch seit Jahren geradezu vorprogrammiert dadurch, daß man im Zeichen der Emanzipation die Strafgesetzgebung seit 1975 ständig gelockert hat. So hat man den Blasphemieparagrafen als nicht mehr zeitgemäß gestrichen. Im Jahre 1975 wurde im Strafreformgesetz die Pornographie weitgehend freigegeben und im Jahre 1976 ungeborenen Kindern ihr Lebensrecht dem Selbstbestimmungsrecht der Frau überlassen. Seitdem ist die Tötung ungeborener Kinder zwar noch "rechtswidrig, aber nicht strafbar". Und nun fiel den Delegierten auf dem Weltkongress gegen kommerziellen sexuellen Missbrauch von Kindern in Stockholm im August 1996 nichts anderes mehr ein, als zu verlangen, die Strafgesetzgebung zu verschärfen. Dies ist eine späte Einsicht. Denn in allen Diskussionen und Parlamentsdebatten um den §218 StGB wurde doch immer wieder betont, daß "Strafen nichts nützen". Selbstverständlich nützen Strafen sehr viel, sie haben eine abschreckende Wirkung. Nur im Falle von Blasphemie, bei Pornographie und bei der Tötung ungeborener Kinder sollen sie angeblich nichts nützen. Aber bei Steuerhinterziehung nützen sie doch! Hier müssen Strafen bleiben!

Die aufgehende Saat

Seit 1968 wird uns in Presse, Rundfunk und Fernsehen verkündet, daß der Mensch ein Selbstbestimmungsrecht besitzt, daß er autonom, eigenverantwortlich und emanzipiert ist von allen Geboten und Verboten, von allen überkommenen Wertvorstellungen und von jedweder Autorität, vor allem kirchlicher, die dem Menschen Vorschriften machen oder gar Belehrungen erteilen möchte. Wenn aber ungeborene Kinder in ihrem Lebensrecht selbst vom Gesetzgeber so missachtet werden, dass ihre Tötung nicht mehr mit Strafandrohungen bedacht wird, wer vermag dann Pornographie und sexuellen Missbrauch von Kindern noch aufzuhalten? Denn die gesetzliche Freigabe der massenhaften Tötung ungeborener Kinder öffnet die Schleusen zum genau so massenhaften und hemmungslosen sexuellen Missbrauch von Kindern! Beides gehört in einem Rechtsstaat unter Strafe gestellt! Je höher die Strafe, um so höher die Hemmschwelle für jedes Verbrechen an Kindern!

Nur wenige Tage vor dem Bekanntwerden der Kinderschändungs- und Tötungsdelikte in Belgien feierte man in München mit großem Pomp und sogar unter Beteiligung namhafter und hoher Repräsentanten unserer parlamentarischen Demokratie das vierzigjährige Jubiläum des Jugendmagazins "Bravo". Alle Festgäste waren voll des Lobes über die "jugendpädagogischen Wertvorstellungen" dieses Magazins, ohne zu bedenken, dass in solchen Magazinen die Saat früher Versexualisierung von Kindern und Jugendlichen gelegt wird, die in ihrer übelsten Form in Pornographie, Prostitution, in Frühschwangerschaften und nur zu häufig in der millionenfachen Tötung ungeborener Kinder aufgeht-

Die Hauptschuldigen des sittlichen Niederganges der Gesellschaft

Die Schuldigen sind daher nicht die Täter allein, sondern auch die Propheten der Emanzipation und nicht zuletzt der Gesetzgeber, der Pornographie und die Tötung ungeborener Kinder freigegeben

hat und darüber hinaus in Presseorganen, in Rundfunk und Fernsehen nichts verbietet, was unsere Jugend verdirbt. So bewahrheitet sich jetzt, was Friedrich Schiller gerade heute uns zu sagen hat: "Das eben ist der Fluch der bösen Tat, dass sie, fortzeugend, immer Böses muss gebären".

Alfred Häußler

Christa Meves

Aufwachen in später Stunde!

Jüngst ist eine furchtbare Eiterbeule aufgegangen: Es kam ans Tageslicht, daß ein belgischer Mann als Kinderfänger, Kinderschänder und Kindermörder entlarvt wurde. Er entführte meist Mädchen in der Vorpubertät (zweimal auch ältere), setzte sie unter Drogen, mißbrauchte sie vor laufender Kamera und machte dann mit den daraus angefertigten Videos ein Bombengeschäft, weil diese pädophilen Szenen einen reißenden Absatz fanden. Die Kinder wurden nach entsetzlichen Qualereien umgebracht, zwei Neunjährige verhungerten während einer Inhaftierung des Verbrechers in einem Keller; denn bereits zum zweiten Mal waren die düsteren Geschäfte des Herrn Dutroux der Polizei aufgefallen - aber man ließ ihn nach kurzzeitigen Strafen immer wieder laufen.

Die Öffentlichkeit horcht nun zwar erschrocken auf und fordert mit Recht harte Bestrafung des Täters und seiner Komplizin, der eigenen Ehefrau, selbst Mutter zweier Kinder, Akademikerin, die in ihrer Region eine beliebte Lehrerin war (!); aber mit dem Entsetzen über die Taten dieses Paares allein darf man sich nicht beruhigen. Es ist zwingend, nach dem Hintergrund dieser Kindesmißhandlungen und Kindermorde zu fragen, die tieferen Ursachen aufzudecken und daraus endlich Schlüsse zu ziehen.

Als erstes darf nicht daran vorbeigesehen werden, daß die Furchtbarkeiten, der schwungvolle Handel mit Filmen sexuell mißbrauchter Kinder, nur möglich werden konnten, weil er so floriert, daß der Mörder sich vom Erlös mehrere Häuser kaufen konnte. Es bestand und besteht also ein umfänglicher internationaler Markt - besonders in Deutschland - für solche Videos, das heißt: Jede Menge Mensch hat ein großes Interesse daran, sich derartige Produkte zu kaufen und anzuschauen. Es gibt also in Mitteleuropa ein breitgefächertes Potential an (weitgehend männlichen) Wesen, die so verroht sind, daß für sie ein besonderes Vergnügen ist, sich am Anblick sexuell mißbrauchter Kinder zu weiden.

Das heißt: Es gibt hierzulande zahllose Menschen mit sadistischen, voyeuristischen und pädophilen Gelüsten. Setzt man diese mehr als berechtigte Vermutung in Beziehung zu der Hochrechnung von Fachleuten, die besagt, daß in Deutschland pro Jahr ca. 300.000 Kinder sexuell mißbraucht wer-

den, so taucht die grauenvolle Wahrscheinlichkeit auf, daß die Betrachter solcher Videos offenbar so auch zur Nachahmung der dort vorgeführten Szenen angeregt werden. Es läßt sich vermuten, daß der sexuelle Kindsmißbrauch geradezu boomt.

Diese Entwicklung ließ sich voraussagen. Sie ist die Folge eines allzu leichtfertigen Umgangs mit der Großmacht Sexualität.

Die Entstehungsgeschichte dieser Fehlentwicklung ist rasch zusammengefaßt: In der Mitte der 60er Jahre erreichte (gleichzeitig mit der Freigabe der Anti-Baby-Pille) von den USA her anrollend die Sexwelle Europa. In Deutschland machte 1968 die Studentenrevolte, die es sich zum Ziel setzte, die Gesellschaft zur Anarchie zu verändern, die "Befreiung zur Sexualität" zu einem Programmpunkt ihres "Marsches durch die Institutionen". Die Lust avancierte zum höchsten Garanten des Lebensglücks. Die Sexualität wurde infolgedessen ihrer Tabuzonen enthoben. Alle herkömmlichen Bastionen der Eingrenzung wurden als eine zu überwindende "Leibfeindlichkeit" diskriminiert.

Es wurde die Parole ausgegeben, daß der Mensch so früh wie möglich mit Sexualität vertraut zu machen sei. Eine Schwemme von Aufklärungsaktionen setzte ein, damit die Menschen bis zum Beginn der Pubertät für jegliche sexuelle Betätigung aufbereitet seien; denn so war und ist bis heute der Tenor (bis in die Aufklärungsbroschüren der Regierung hinein): Jegliche Formen von Sexualität dienten gleichermaßen der Lebenssteigerung. Sie hätten deshalb alle eine gleich gute Gültigkeit, wenn sie nur gekonnt so gehandhabt würden, daß keine Kinder dabei entstünden.

Erklärtes Ziel war es, die Kinder und Jugendlichen zu sexueller Betätigung jedweder polymorph-perversen Spielart zu animieren, um mit ihrer Hilfe (durch die Zerstörung ihrer familiären Bindungen) die Überwindung des kapitalistischen Gesellschaftssystems zu erreichen. Die sexuelle Befreiung der Jugend hatte das Ziel, sie als "revolutionäres Potential" in diesem Kampf einzusetzen. Und schmackhaft gemacht werden sollte dieses - meist schön gefärbte, notdürftig verschleierte Ziel mit Hilfe einer Ideologie, die mit seltener Unverfrorenheit plötzlich als Wissenschaft verkauft wurde: der

absurden Idee, daß Sexualität vom Säuglingsalter ab gelernt, ja, trainiert werden müsse, um zu ihrer lustvollen Entfaltung zu gelangen.

Dieser Inszenierung wurde mit der Übernahme der SPD/FDP-Regierung ab 1969 alle Tore meilenweit geöffnet: Erziehung zur Sexualität vom Kindergartenalter ab wurde zur Devise. Die sexuelle Aufklärung in der Schule - gerade erst in pfleglicher Sorgfalt für das Jugendalter eingeführt - fiel jetzt vom Grundschulalter ab der ideologischen Verführung zum Opfer. Blutige Filme über die Geburt, pornographisches Bildmaterial, unflätige Theaterstücke ("Was heißt hier Liebe?" und "Darüber spricht man nicht") überschwemmten - fleißig gefördert durch die Administration - die Klassenzimmer. Die Jugendzeitung BRAVO, allwöchentlich millionenfach ausgestreut, installierte eine Sexseite, auf der der "Ratgeber" Dr. Sommer (ein Pseudonym) regelmäßig seine kindsverfürenden Anregungen in die Kinderzimmer austreute. Die Institution "Pro Familia" schwenkte voll in den Trend ein, bis zur Befürwortung und Durchführung von Abtreibungen.

Die Bevölkerung zeigte sich (von einigen als reaktionär gebrandmarkten Restposten abgesehen) rasch für diese Trends aufgeschlossen. Die Medien erkannten stehenden Fußes die pfundige Quelle für noch bessere Verkaufs- und Einschaltzahlen. Von der Mitte der 70er Jahre ab war die Situation so weit gediehen, daß die einschlägigen Paragraphen, besonders der § 184 nur noch zu unwirksamen Instrumenten der Jurisprudenz absanken: In der 4. Strafrechtsreform wurde die "einfache Pornographie" freigegeben. Bald gab es immer weniger Verurteilungen wegen der noch strafbaren "harten Pornographie" und immer weniger Verurteilungen von Kinderschändern (§ 182 StGB). 1976 gelang die erste Etappe zur Legalisierung der Abtreibung durch eine Aufweichung des § 218. Die Befreiung zur Sexualität - vor allem gerade auch der Kinder und Jugendlichen - war voll erreicht. Die wenigen Restparagraphen - auch auf den Sektor Homosexualität mit Jugendlichen bis zur Unwirksamkeit eingeschränkt - wurde immer weniger in Anspruch genommen.

Die Hüllen fielen auf der ganzen Bandbreite. Die täglich millionenfach in Augenschein genommene aufreizend nackte Schöne in der Bild-Zeitung (bzw. in der Kronen-Zeitung) hat - so können die Macher sicher sein - mit Pornographie angeblich ebenso wenig zu tun wie die TV-Sendungen nach Mitternacht und die pornographische Videoschwemme. Das alles sei "Kunst" - und deshalb sei verdammt, wer hier Übles denke; er erweist sich allenfalls selbst als Relikt vergangener Zeiten mit einer verklemmten Sexualität...

Diese rasante Entwicklung wurde möglich, obgleich Leute vom Fach wissen konnten, wie negativ die Ergebnisse sein würden. Das dreißigjährige Großexperiment ließ sich von vornherein als halsbrecherisch kennzeichnen. Schließlich gab es bereits bis zur Mitte dieses Jahrhunderts eine gut fundierte Sexualwissenschaft. Über die Entstehung der Perversionen existierten - gefördert vor allem durch die Psychoanalyse - Bibliotheken von gesammelten Erfahrungen. Es war bekannt, daß

es eines sehr sorgsamem Umgangs mit Sexualität besonders im Hinblick auf die Kinder bedurfte, damit keine neurotischen Fehlentwicklungen und vor allem auch keine Fixierungen an den verabsolutierten Trieb entstünden.

Als Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche konnte man deshalb voraussagen, daß durch eine so durchgängige ideologische Enthemmung vor allem Sexuelsüchten und Perversionen in großem Umfang Vorschub geleistet werden würde. 1971 ging ich deshalb mit einer Arbeit unter dem Thema: "Manipulierte Maßlosigkeit - zur Sexualität befreit, zur Abartigkeit verführt" an die Öffentlichkeit, um vor einem so gefährlichen Tabubruch vom Kindesalter ab zu warnen. Aber wissenschaftliche Argumentation galt von nun an nicht mehr. Sie wurde durch Ideologie ersetzt, die sich skurrilerweise als die "neue", die "fortschrittliche" Wissenschaft verkaufte.

Diese Situation begann zunehmend mehr eine Herausforderung für die Kirchen zu werden; denn schließlich gab die Bibel, gab auch das neue Testament ganz entschieden eine andere Zielrichtung vor. Sie raten zu sorgsamem Eingrenzung der Triebbasis, um das eigentliche Ziel: Kultivierung des Menschen mit Hilfe von opferbereiter, gottgefälliger Liebe nicht zu verstellen. Die Vergötzung der Sexualität, so läßt sich hier lernen, bedeutet Verstoß gegen das erste Gebot. Sie ist eine dumme Sünde, weil sie überheblich einen Teil der Natur des Menschen an die Stelle Gottes setzt.

Der evangelischen Kirche gelang es dennoch nicht, dem epidemischen Zeitgeist zu widerstehen. Sie öffnete ihre Akademien und ihre Kanzeln den verwildernden Trends und versagte so zum zweiten Mal in diesem Jahrhundert angesichts des Ansturms einer eigentlich atheistischen Ideologie. Die katholische Kirche bekam besonders mit dem Pontifikat von Johannes Paul II. einen unerschütterlichen Rückhalt durch eine Kette von Verlautbarungen und Enzykliken zum Thema Sexualmoral, in denen der Papst die unaufgebbare Gegenposition der Mater Ecclesia markierte. Weite Teile der Insider ließen sich freilich dennoch anfechten und sogar zur Rebellion aufstacheln, besonders häufig mit Hilfe von Materialien - z.B. der Sexspiele - des BdKJ.

Auch die CDU-Regierung ab 1982 erwies sich als nicht fähig, der immer größer werdenden Schutzlosigkeit der Kinder entgegenzuwirken. Im Gegenteil: Nach dem Auftauchen der Geschlechtskrankheit AIDS gerieten ihr die Aufklärungsschriften aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu dem beschämenden Versuch, trotz der neuen tödlichen Gefahr einem Rückzug aus der Frühsexualisierung der Kinder entgegenzuwirken und die gekonnt schmackhaft gemachte Kindsverführung nachdrücklich aufrecht zu erhalten.

Die Moderne hat die Großmacht Sexualität leichtfertig in einer verheerenden Weise fehleingeschätzt. Es ist dem Menschen unbekömmlich, den so mächtigen, notwendigen Lebensbeweger Sexualität aus seinem Zusammenhang zu reißen. Sie hat das mit allen Grundtrieben des Menschen gemein: Isoliert man sie, setzt man sie absolut, so

beginnen sie zu wuchern und den Menschen seiner Freiheit zu berauben. Sein Wille erweist sich allzu oft geringer als der hochgezüchtete, aufgeheizte und absolut gesetzte Antrieb. Er verselbständigt sich und zwingt so die Menschen in die Sucht. An den Trieb gefesselt verlieren sie ihre Willensfreiheit - nicht sie sind noch in der Lage, den Trieb zu beherrschen, sondern dieser beherrscht sie. Er fordert durch immer größer werdenden Druck seinen Tribut. Der Mensch wird zu seinem Sklaven. Pornographisches Material wird zum süchtig gesuchten Moloch.

Diese Entwicklung hatte zur Folge, daß jede Menge verderblicher Ware für Kinderaugen und -ohren den Medienmarkt überschwemmte. Aus sexualisierten Kindern wurden sexualsüchtige Erwachsene - besonders unter den Männern. Die frühe Stimulierung des Antriebs drängte später zur immer gleichen, oft nur scheinbefriedigenden Entlastung; denn die Sexualität der so Fehlgeleiteten blieb auf das Kind fixiert. Ein Teil ihrer Seele selbst blieb infantil. Auf diese Weise wurden pädophile Bedürfnisse enorm verstärkt. Obgleich die Verführten sich dann im Erwachsenenalter als Täter gebärden, sind sie im Grunde doch erbarungswürdige Opfer einer ihnen aufgenötigten Triebsucht im Wiederholungszwang.

Diese Fehlentwicklung zur Pädophilie findet heute um so häufiger statt, je mehr das Kind unzureichend betreut wird. Fehlender familiärer Hintergrund, nicht ausreichende Anwesenheit der Bezugspersonen, das Fernsehen als ein schädigender Ersatz für eine zureichende Bindung an nahe Verwandte - eine Situation, die nur allzu häufig die Kinder heute in unseren Gesellschaften erleiden - bereiten diese Fehlentwicklungen vor. Die Kinder gehen auf die Suche nach Liebe und Zärtlichkeit, so daß sie zur leichten Beute von Kindsverführern werden.

Die Eskalation der Pädophilie und anderer Perversionen, die horrende Zunahme des sexuellen Kindsmißbrauchs auch im privaten Bereich als konsequente Folge der Fehlentwicklung ist eine große Herausforderung besonders für katholische Gläubige. Spätestens jetzt, angesichts der aufgeplatzten belgischen Eiterbeule, sollte das einen Aufbruch hervorrufen. Es ist an der Zeit, nicht weiterhin verantwortungslosen Schreibtischtätern und Geschäftemachern das Feld zu überlassen. Es ist in später Stunde noch möglich, Tritt zu fassen, sich neu an den vorhandenen Orientierungsmöglichkeiten der katholischen Kirche auszurichten und kämpferischen Mut zu entwickeln, wenn es darum geht, den manipulierten Enthemmern das Handwerk zu legen.

Eine zusätzliche Gefährdung unserer Kinder entstand in den vergangenen 20 Jahren auch dadurch, daß - wie auch am Fall Dutroux erkennbar - die Täter in leichtfertiger Fehleinschätzung (wenn sie - was selten genug geschah - angezeigt wurden) meist nur mit kurzfristigen Gefängnisstrafen zu rechnen hatten. Das lag daran, daß der ideologische Trend auch die Revisionsmöglichkeit bei Sexualstraftätern überschätzte. Sexualtäter sind in den allermeisten Fällen Sexualsüchtige, und das heißt, daß der pathologisch gewordene Drang

stärker ist als der Wille und den Menschen so zum Wiederholungstäter macht. Es ist dringend an der Zeit, daß hier endlich wieder Erfahrungswissenschaft an die Stelle einer blauäugigen Fehleinschätzung tritt.

Nötig ist dazu auch ein wachsamer Protest gegen die enthemmenden bzw. pornographischen Trends im Fernsehen, die unsere Kinder mit Jugend-Talkshows und Sex-Szenen schon am frühen Abend in eine falsche Weichenstellung ihres Lebens zu nötigen suchen; denn nur wacher Widerstand vieler mündiger Bürger, die auf dem Boden des Christentums stehen, kann es vielleicht noch bewirken, daß hier eine Umkehr möglich wird.

Vor allem müssen die unzähligen leichtfertigen verantwortungslosen Schreibtischtäter (besonders in staatlich hochsubventionierten Institutionen und Gazetten) zur Verantwortung gezogen werden; denn sie tragen schwere Schuld. Ja, viele von ihnen machen nun biedermännisch die belgische Katastrophe abermals zu ihrem Geschäft, nachdem sie vorher jahrzehntelang daran mitgewirkt haben, daß es zu solchen Auswüchsen kam.

Auf eine Veränderung ist nur zu hoffen, wenn diese Zusammenhänge durchschaut werden und in der vom Grauen aufgeschreckten Bevölkerung eine radikale Einstellungsänderung erfolgt. Aber das hieße vor allem zu erkennen, daß der Mensch maßlos seine eigene Steuerungsfähigkeit überschätzt hat - daß er dumm und überheblich das Machen nach der eigenen Mütze an die Stelle des Hinaufhorchens und -fragens gesetzt hat. Erst nach einer solchen Rückkehr zur Realität menschlicher Ohnmacht angesichts der Mächte über ihm ließe sich auf echten Fortschritt hoffen.

Buchhinweis

Sprechende Steine Lebendiges Glas von Dr. med. Siegfried Ernst **Vermächtnis aus Holz** **Die Botschaft des Ulmer Münsters an unsere Zeit!**

Ein Buch mit farbigen Bildern gotischer Kunst in und am Ulmer Münster und mit Texten, die das „Heute“ mit einer großen Zeit verbinden.

**Weihnachtsgeschenk!
Wertvoller Eigenbesitz!
Ein Geschenk zu vielen Gelegenheiten!**

Bitte wenden Sie sich an die Buchhandlungen oder an die
EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION, ULM

Walter Krämer

Die Fortschrittsfalle oder Hippokrates versus Sisyphus

Es gibt ein langfristiges und strategisches Dilemma des modernen Medizinbetriebs, das völlig unabhängig davon ist, wie der Gesundheitsminister der Bundesrepublik heißt, und das auch dann vorhanden bliebe, wenn alle Ärzte und Patienten Engel wären und die Pharmaindustrie ein Zweigbetrieb der Heilsarmee. Dieses Dilemma ist, daß die moderne Medizin in mehrfacher Weise immer mehr zum Opfer ihres eigenen Erfolges wird. Wäre die Medizin heute nicht so gut, blieben uns viele tragische Entscheidungen erspart. Wäre die Medizin auf der Stufe des Jahres 1900 - bei Koch und Röntgen, Sauerbruch oder Semmelweis - stehen geblieben, hätte sie heute gewiß eine Menge Probleme weniger.

Das ist die völlig wertneutrale Feststellung einer Tatsache, für die ich als Statistiker und Ökonom (und eben nicht als Mediziner) genausowenig etwas kann wie etwa ein Klimaforscher für das Ozonloch. Und wie ein Klimaforscher, der sagt: "Über der Antarktis gibt es ein Ozonloch", nicht beschimpft werden darf, genausowenig darf ein Statistiker gescholten werden, wenn er sagt: "In der modernen Medizin gibt es ein Bedarfsloch: einen Überhang des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare. Darum kommt in Zukunft nicht nur eine Rationalisierung, sondern auch ganz dezidiert eine Rationierung auf uns zu: eine mehr oder weniger drastische Begrenzung der Ausgaben im Gesundheitswesen"

Wenige neue Schlagzeilen aus den Tagesmedien mögen kurz illustrieren, wovon hier im Detail die Rede ist:

- erstes Medikament gegen Alzheimer
- Fortschritt bei Hörschnecken-Implantaten
- Hörtest schon bei Ungeborenen möglich
- bald künstliches Lebersystem
- per Computersimulation zur Hüftgelenkprothese
- Fötus im Mutterleib am Herzen operiert
- Herzschrittmacher für Babys
- Herzschrittmacher mit 86
- Herzschrittmacher mit 96
- Herzschrittmacher mit 102
- Fuß nach Monaten wieder angenäht
- Blutwäsche auch bei Herzversagen
- Vierjährige erhält fünf neue Organe
- Transplantation von Gehirnzellen
- Dünndarmtransplantat bei Zungenkrebs
- Laser gegen Karies
- der schmerzlose Zahnbohrer

und so weiter und so fort. Verglichen mit der Medizin von vor dreißig oder gar vor fünfzig Jahren, umreißen diese Schlagzeilen vielleicht besser als jede gelehrte Studie, wie sehr sich der Horizont des medizinisch Machbaren - und zwar des medizinisch sinnvoll Machbaren! - in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten ausgeweitet hat.

Als Konsequenz dieser Explosion des Machbaren ist es aber heute nicht mehr möglich, jedem Kranken und Patienten eine Versorgung nach dem

letzten Stand der Technik anzubieten. Das ist eine Tatsache. Eine im medizintechnischen Sinne optimale Medizin für alle ist heute völlig illusorisch - genauso illusorisch wie etwa der Wunsch, der Rhein möge bergauf und rückwärts fließen.

Warum? Einer Antwort darauf muß sinnvollerweise eine Warnung vor zwei Trugschlüssen vorgeschoben werden, mit denen viele glauben, sich an der Einsicht in dieses Dilemma vorbeimogeln zu können. Der erste Trugschluß ist das Schlagwort von der "Kostenexplosion". Denn diese Explosion ist in Wahrheit gar keine Kosten-, sondern aller unbestreitbaren Korruption und Mißwirtschaft zum Trotz vor allem eine Effizienz- und Leistungsexplosion. Ausgaben sind immer das Produkt von Preis und Menge, und wenn die Ausgabenexplosionen der siebziger und achtziger Jahre einmal auf diese beiden Komponenten aufgeteilt werden, wird völlig klar, daß nicht die Preise, sondern allein die Mengen der Hauptmotor gewesen sind.

Zum Beispiel die Arzneimittel: Vielleicht sind Medikamente hierzulande wirklich überteuert. Betrachtet man aber allein die Preise im Zeitverlauf, das heißt die Änderungsraten und nicht das Niveau, kann von einer Inflation der Preise keine Rede sein. Die reinen Preise der Arzneimittel sind in den vergangenen Jahrzehnten im Gegenteil fast durchweg langsamer gestiegen als der allgemeine Preisindex. Wenn trotzdem unsere Arzneimittelausgaben so explodieren, dann erstens, weil wir rein mengenmäßig immer mehr davon verbrauchen, wobei ich offenlassen will, ob das wirklich nötig ist, und zweitens, weil ständig neue Arzneimittel auf den Markt kommen, die früher auf keiner Rechnung vorgekommen sind.

Ein zweites Beispiel: die Zahnmedizin. Wenn meine Quellen stimmen, bekam ein Zahnarzt in den alten Bundesländern 1975 für einen gezogenen Zahn 9,70 Mark - 1985, also zehn Jahre später, 12,05 Mark. Das ist ein Anstieg in zehn Jahren um vierundzwanzig Prozent. In der gleichen Zeit stieg etwa der Preis eines Haarschnitts beim Friseur um durchschnittlich fünfundsiebzig Prozent, also mehr als dreimal so viel. Trotzdem haben Zahnärzte eine Villa im Tessin, Friseure aber nicht. Das liegt aber nicht daran, daß ein konkretes Produkt dramatisch teurer wird, sondern daß die Produkte selber immer mehr und immer besser werden, in der Zahnheilkunde wie im ganzen Rest der Medizin.

Drittes Beispiel: das Krankenhaus. Obwohl ein moderner Riegetag drei- bis viertausend Prozent teurer ist als ein Pflgetag vor vierzig Jahren, kann auch hier von einer Explosion der Preise nicht ernsthaft die Rede sein. Denn ein Pflgetag 1996 ist doch etwas ganz anderes als ein Pflgetag 1956 - und zwar etwas sehr viel Besseres (will ich zumindest hoffen). Wer früher einen VW-Käfer fuhr und sich heute einen Mercedes leistet, darf doch

auch nicht darüber klagen, daß der Preis des Fahrzeuges gestiegen ist. Genauso absurd ist es aber, bei den Krankenhäusern von einer Kostenexplosion zu sprechen. Dem nächsten Krankenkassenfunktionär, der über hohe Pflegesätze klagt, könnte deshalb ja einmal eine Behandlung für zwölf Mark am Tag angeboten werden, wie im Jahr 1955 - aber auch mit den Geräten, dem Personal und dem medizinischen Wissen von dazumal, ohne Intensivstation und Computertomographie, ohne Herzschrittmacher, Dialyseautomaten oder moderne Antibiotika, ohne Ultraschall und Wehenschreiber und wie die Wunderdinge alle heißen, von denen man damals bestenfalls nur träumen konnte. Ob er auf diesen Handel eingehen wird?

Das englische "Office of Health Economics" hat einmal ausgerechnet, wieviel wir heute für die Gesundheit ausgeben müßten, wenn sich die Medizin seit hundert Jahren nicht geändert hätte. Ergebnis: etwa ein Prozent des gegenwärtigen Budgets. Statt der rund vierhundert Milliarden Mark, welche die Medizin 1995 allein in der deutschen Bundesrepublik gekostet hat, wären es nur rund vier Milliarden Mark. Soviel und nicht mehr würde heute die Medizin der Jahrhundertwende kosten. Die restlichen dreihundertsechszehn Milliarden Mark, wenn wir dieser Überschlagsrechnung einmal glauben wollen, gehen ausschließlich und allein auf das Konto von Dingen, die es damals noch nicht gab.

Das Prinzip ist also nur allzu einfach: Was nicht existiert, das kostet auch nichts. Das fängt bei Kontaktlinsen an und hört bei Kernspintomographen auf - genau das unterscheidet die Medizin zum Beispiel wesentlich von der EDV. Auch die EDV hat ja in den vergangenen Jahrzehnten einen rasanten Fortschritt mitgemacht, der aber die Datenverarbeitung nicht verteuert, sondern enorm verbilligt hat. Der Grund ist, daß der Fortschritt in der EDV vor allem sogenannte "Ersatztechnologien" produziert, also Verfahren, mit denen eine vorgegebene Leistung (wie etwa die Addition von eins plus eins) effizienter und damit auch billiger herzustellen ist.

Solche Ersatztechnologien gibt es in der Medizin zwar auch, aber nur am Rand. Hier dominieren ganz eindeutig die sogenannten "Zusatztechnologien", also Verfahren, die etwas bis dato prinzipiell Unmögliches auf einmal möglich machen. Zusatztechnologien wie Organverpflanzungen oder Operationen am offenen Herzen erzeugen einen Bedarf, der vorher allenfalls latent vorhanden war. Und die meisten medizinischen Fortschritte sind genau von diesem Typ. Solange es moderne Medikamente und künstliche Hüftgelenke noch nicht gab, bestand auch kein Bedarf danach, zumindest kein kassenwirksamer Bedarf. Erst ab dem Moment, wo eine neue Technik praktikabel wird, entsteht auch ein Bedarf danach.

Der große Kostentreiber des modernen Gesundheitswesens sind also nicht die Gesundheitsberufe oder die Pharmaindustrie, auch nicht die Patienten oder Krankenkassen, trotz aller Kleinkriminalität, die es hier an allen Ecken und Enden nur zu offensichtlich immer wieder gibt, der große Kostentreiber ist der medizinische Fortschritt selbst. Unser Gesundheitswesen war früher preiswerter, nicht weil die Menschen gesünder, die Ärzte bescheidener oder die Preise niedriger waren, sondern weil

es all die teuren Wunderdinge, die heute die Kasensbudgets belasten, damals noch nicht gab.

Darüber hinaus ist die moderne Medizin aber noch in einem weiteren Sinn zum Opfer ihres eigenen Erfolges geworden, und das wird häufig übersehen (wahrscheinlich, weil wir es nicht sehen wollen). Denn zweitens macht sie die Menschen im Durchschnitt nicht gesünder, sondern kranker, und das meine ich vollkommen im Ernst. Konkret meine ich damit jene Lage, wie sie am besten durch das Zitat eines alten Kliniklers deutlich wird, den ich auf einer Tagung einmal habe sagen hören: "Früher hatten wir es einfach. Da war der Patient nach einer Woche entweder gesund oder tot."

Das ist heute anders. Heute ist der typische Patient nach einer Woche weder gesund noch tot. Heute hält die Medizin im Gegensatz zu früher ein großes Arsenal von Abwehrwaffen bereit, aber dies sind zu einem großen Teil, wie die Amerikaner sagen, nur "halfway technologies." Sie halten uns zwar am Leben, aber machen uns nicht komplett gesund. Das ist zwar kein hundertprozentiger, aber doch ein Erfolg, um das klarzustellen, aber trotzdem haben wir damit das nächste Paradox.

Denn ohne die moderne Medizin wären vermutlich viele, die diese Zeilen lesen, schon lange tot, aber die Überlebenden dafür im Durchschnitt! - ich betone: im Durchschnitt! - eher gesünder, als sie es heute sind. Das ist ein wertneutrales Faktum.

Das heißt, die moderne Medizin gibt vielen, die ohne ihre Segnungen schon gar nicht mehr unter uns wären, gewissermaßen eine Aufenthaltsverlängerung. Diese massenhaften Aufenthaltsverlängerungen - die ich übrigens durchaus nicht negativ bewerte (allein schon deshalb nicht, weil ich ja selbst einmal davon zu profitieren hoffe)! - haben aber den Effekt, daß wir immer mehr zu einem Volk von Kranken werden. Ein völlig gesunder Mensch ohne alle Beschwerden kann doch heute fast schon im Zirkus auftreten. Während ich diese Zeilen schreibe, liegt mehr als eine halbe Million Bundesbürger stationär in einem Krankenhaus. Jeder zehnte Deutsche ist heute amtlich schwerbehindert, jeder fünfte psychisch krank und jeder dritte Opfer einer Allergie. Rund vierhunderttausend Menschen in der Bundesrepublik leiden an Muskel-, mehr als zwei Millionen an Knochenschwund. Eine halbe Million Bundesbürger hat multiple Sklerose, eine Million hat Krebs, drei Millionen haben chronische Bronchitis, vier Millionen haben Leberschäden, fünf Millionen haben Gallensteine, jeweils fünf bis zehn Millionen Bundesbürger sind schwerhörig oder venenkrank, jeweils über zehn Millionen haben Rheuma, Rückenschmerzen oder Hörprobleme, fünfzehn bis zwanzig Millionen sind zu dick und so weiter und so fort. So kommen wir am Ende auf rund hundertfünfzig Millionen Kranke hierzulande, fast das Doppelte der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik.

Auch wenn dieses Bild leicht überzeichnet ist, weil viele Kranke mehrere Krankheiten auf einmal haben und deshalb in dieser Statistik mehr als einmal zählen oder weil wir heute im Vergleich zu früher einfach zimperlicher und viel leichter krankzukriegen sind - es bleibt die Tatsache bestehen, ohne Medizin wäre der Durchschnitt der Überlebenden heute gesünder.

Nehmen Sie Nierenversagen. Wir haben in Deutschland mit die höchsten Raten an Nieren-

kranken in der ganzen Welt, aber nicht, weil unsere Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist. Hätten wir nicht die weltweit vorbildlichen Möglichkeiten der künstlichen Blutwäsche für alle, die sie brauchen, gäbe es heute bei uns sehr viele Nierenkranke weniger. In Großbritannien beispielsweise gibt es nur rund hundert Nierenkranke pro eine Million Einwohner, verglichen mit rund dreihundert in der Bundesrepublik, aber nicht, weil in Großbritannien diese Krankheit seltener auftritt, sondern weil dort kaum ein Nierenkranker seinen sechzigsten Geburtstag überlebt. Oder nehmen wir den Diabetes. Heute gibt es rund zwei Millionen Zuckerkrankte in der Bundesrepublik, mehr als zehnmal soviel wie zu Zeiten Röntgens oder Kochs. Das liegt aber nicht an der Unfähigkeit der Medizin, sondern daran, daß vor siebzig Jahren das Insulin erfunden wurde.

Beispiele gibt es also genug, und ich will auch gar nicht weiter in die Einzelheiten gehen. Der Punkt ist einfach der, daß es, je besser die Medizin ist, umso mehr Kranke geben wird. Der moderne Arzt ist also weniger ein weißer Engel, der uns die Tür zum ewigen Leben aufschließt, als vielmehr ein neuer Sisyphus, dessen Mühen und Sorgen mit jedem Erfolg nur immer größer werden. Es ist daher auch eine absolute Illusion zu glauben, daß ein medizinisch effizienteres Gesundheitswesen uns als Kollektiv gesunder macht. Den einzelnen Patienten ja, aber den Durchschnitt der Überlebenden nein. Die große Gleichung "mehr Geld gleich mehr Gesundheit" ist ganz eindeutig falsch. Genauso könnten wir versuchen, einen Brand zu löschen, indem wir Benzin hineinschütten. Je mehr die Medizin sich anstrengt, desto kranker werden wir, die moderne Medizin sitzt ein für allemal in dieser großen Fortschrittsfalle fest.

Natürlich müssen wir uns nun Gedanken darüber machen, wie wir diesem Dilemma auf die humanste Weise begegnen können. Davor möchte ich aber noch vor einem Irrweg warnen, den viele für einen Ausweg aus dieser Falle halten, der aber die moderne Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung im Gesundheitswesen leider auch nicht überbrückt - zumindest nicht hinsichtlich einer Kostendämpfung. Dieser Irrweg heißt "Prävention statt Therapie".

Der Grund für meine Skepsis ist ebenso trivial wie unangenehm. In einem englischen Andenkenladen habe ich dazu einmal einen Aufkleber mit folgendem Spruch gesehen: "If you give up drinking, smoking and sex, you don't live longer. It just seems like it." (Wenn Du das Trinken, Rauchen und Sex aufgibst, lebst Du nicht länger, es sieht nur so aus.)

Das ist natürlich falsch, denn Nichtraucher leben nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv länger als andere, enthält aber trotzdem einen wahren Kern. Denn auch Nichtraucher müssen sterben, genau wie Müsli-Freunde oder Anti-Alkoholiker, und eine per Prävention verhinderte Krankheit macht uns leider nicht unsterblich, wie viele Präventionsverliebte offenbar zu glauben scheinen, sondern schafft in erster Linie doch nur Zeit für eine andere Krankheit.

Die Sterblichkeitsrate bleibt immer hundert Prozent, da kann die Medizin machen was sie will. Sterben wir nicht an Krebs A, dann an Krebs B. Und sterben wir nicht an Krebs, dann an Alzheimer

und Herzinfarkt, und damit bin ich auch schon bei den Kosten angelangt. Denn ob die erfolgreiche Prävention einer bestimmten Krankheit das Gesundheitsbudget entlastet oder nicht, hängt doch offenbar entscheidend davon ab, was billiger ist: die verhinderte Krankheit oder diejenige, die man statt dessen kriegt. Das kann man nicht am grünen Tisch entscheiden, aber ich kenne hier einige sehr seriöse Modellrechnungen, die bezüglich des rein ökonomischen Nutzens von noch mehr Prävention zu eher skeptischen Ergebnissen kommen.

Es gibt eine berühmte Untersuchung von Leu und Schaub von der Universität Basel zum Rauchen und zu den Gesundheitskosten in der Schweiz, die unter anderem zu dem Ergebnis kam, daß die Schweiz langfristig eher mehr statt weniger für die Gesundheit auszugeben hätte, wenn es dort seit hundert Jahren keine Raucher gäbe. So paradox das auf den ersten Blick auch klingen mag, aber das Gesundheitswesen würde durch ein totales Rauchverbot tatsächlich nicht billiger, sondern langfristig nur noch teurer (weil nämlich die Kosten, die in den Extra-Lebensjahren des Nichtraucher entstehen, die vorher gesparten Ausgaben mehr als aufwiegen). Wenn man also ernst nimmt, was man in den vergangenen Monaten zum Bonus-Malus-System beim Krankenkassenbeitrag liest, müssen wir Rauchern keinen Malus, sondern einen Bonus auf ihren Kassenbeitrag einräumen (was, nebenbei bemerkt, auch die beste Methode wäre, sie von diesem Laster ein für allemal zu heilen).

Unter reinen Kostenaspekten ist Prävention in der Regel ein Verlustgeschäft. Damit wir uns in diesem wichtigen Punkt nicht mißverstehen: Ich habe überhaupt nichts gegen gesundes Leben und freiwillige Prävention. Auch wenn Prävention keine Kosten spart, kann sie ja trotzdem sinnvoll sein, und in der Regel ist sie das ja auch. Bedenken habe ich daher auch weniger zum Ob, sondern mehr zum Wie der Prävention. Prävention verlangt nämlich geradezu nach Zwang. Freiwillig hat sie auf dieser schönen Erde noch niemals lange funktioniert, so daß hinter dem Zuckerbrot, mit dem man uns gesundes Leben schmackhaft machen will, meist eine große Peitsche droht. Darüber kann auch die bekannte Kundenfänger-Kampagne der Ortskrankenkassen mit dem Motto "Prävention macht Spaß" nicht hinwegtäuschen. Prävention macht nämlich durchaus keinen Spaß. Mir jedenfalls nicht. Ich muß mich zum Zähneputzen genauso zwingen wie zur Frühgymnastik oder zum Verzicht auf ein weiteres Glas Wein, wenn es mir gerade besonders gut schmeckt.

Natürlich sieht aber auch ein Liberaler bestimmte Zwangsmaßnahmen durchaus ein, wie sie zum Beispiel immer dann geboten scheinen, wenn Prävention sogenannte "externe Effekte" hat, wie das im Fachjargon der Ökonomen heißt. Ein Paradebeispiel sind Schutzimpfungen, denn hier schützt man durch Prävention nicht nur sich selbst, sondern auch andere. Aber ich habe auch schon Schlagzeilen gelesen wie "Krebsärzte fordern: Vorsorge als Pflicht", und das geht mir eindeutig zu weit. An Krebs hat sich schließlich meines Wissens noch niemals jemand angesteckt.

Hierher gehört auch der von manchen Medizinern propagierte Zwangs-Gesundheits-Check-up alle zwei Jahre für alle Versicherten, ob sie wollen oder

nicht. Auch hier ist das Motiv zu loben, die Methoden aber weniger. Dann fehlte nämlich nur noch der TÜV-Stempel auf dem Hinterteil, und ehe wir bis drei zählten, hätten wir den totalen medizinischen Überwachungsstaat.

Aus einem Rechtsauf könnte nämlich sehr schnell eine Pflicht zur Gesundheit werden, wie in vielen totalitären Gesellschaften links wie rechts bereits gehabt. Die russische Wochenzeitung "Literaturnaja Gaseta" etwa klagte vor einigen Jahren darüber, daß dreißig Prozent der russischen Kinder übergewichtig seien und daß ihre körperliche Verfassung nicht den Ansprüchen einer modernen Industrie und Armee genüge. Alles in allem müsse die Einstellung zur Gesundheit geändert werden, da diese kein Privateigentum sei, sondern dem Staat gehöre. Damit will ich den Präventionsverliebten hierzulande durchaus keine totalitären Tendenzen unterstellen. Aber die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen. Hier kämpfen offensichtlich linke Zwangsbeglückter und rechte Paternalisten Hand in Hand.

Karl der Große soll zu seinen Ärzten gesagt haben, als diese ihm gebratenes Fleisch verboten, an dessen Stelle er gekochtes essen könne, sie sollten sich zum Teufel scheren. Was Karl dem Großen recht war, sollte uns billig sein. Eine freie Gesellschaft wie unsere sollte sich im Zweifelsfall dazu durchringen, ihre Bürger nach eigener Fassung leben, aber auch nach eigener Fassung krank werden und sterben zu lassen.

Damit sind wir wieder bei unserem alten Dilemma angelangt. Denn wie wir die Sache auch drehen und wenden, eine optimale Medizin für alle ist heute eine absolute Illusion. Statt dessen steuern wir unausweichlich auf eine Rationierung knapper Gesundheitsgüter zu. Wie auch immer wir die Decke strecken, sie bleibt auf jeden Fall zu kurz. Die Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung in der Medizin wird niemals mehr verschwinden, es bleibt auf jeden Fall viel Sinnvolles aus Kostengründen ungetan.

Die Frage ist dabei auch schon längst nicht mehr, wie vermeiden wir dieses Dilemma, denn das wird bis zum Ende aller Tage mit uns sein, sondern nur noch, wie reagieren wir darauf. Folgende Prinzipien (von denen mir, um das gleich klarzustellen, eines so suspekt ist wie das andere) wären daher unter anderem denkbar. Erstens: Wir verteilen wie auf der Titanic die Rettungsboote nur noch an die erste Klasse. In den Vereinigten Staaten hat man jetzt schon ohne ein dickes Bankkonto kaum eine Chance auf ein neues Herz. Außerdem sind überproportional viele Herz-Patienten männlich oder weiß - oder aus Saudi-Arabien. Mit anderen Worten, die großen Geldverdiener haben erstes Zugriffsrecht.

Zweitens: Der "soziale Wert" bestimmt, wer leben darf und wer sterben muß. Das ist die Situation aus den Kindertagen der künstlichen Blutwäsche, als es noch nicht genug Dialysegeräte für alle Nierenkranken gab. Ein arbeitsloser Junggeselle zieht dann gegen einen seriösen Familienvater mit acht Kindern klar den kürzeren. Drittens: Keine Herzverpflanzung oder andere teure Therapien für Patienten ab einem bestimmten Lebensalter, wie heute schon in durchaus zivilisierten Ländern wie Großbritannien oder Schweden standardmäßig praktiziert. Wer etwa in England als über Fünfund-

sechzigjähriger ein Nierenleiden entwickelt, macht besser gleich sein Testament.

Ich glaube, hier sind sich alle einig: Solche Methoden wollen wir in Deutschland lieber nicht. Statt dessen plädiere ich für einen vierten Weg, der uns eine Bewältigung dieses Dilemmas auch ohne einen Rückfall in Methoden erlaubt, die ansonsten in der Veterinärmedizin zu Hause sind.

Das Stichwort heißt dabei: Statistische gegen individuelle Menschenleben. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Angenommen, ein Schiff ist in Seenot. Keine Frage, daß zur Rettung der bedrohten Passagiere und Besatzung alles Menschenmögliche zu unternehmen ist. Meinetwegen mag dafür die gesamte deutsche Seenotrettungsflotte auslaufen, und die dänische und schwedische dazu. Bei einem individuellen, konkreten Menschenleben haben Kosten-Nutzen-Analysen keinen Platz. Ein konkretes Menschenleben ist kein ökonomisches Gut und hat daher auch keinen Preis. Punkt. Hier gibt es überhaupt nichts herumzudeuteln.

Heißt das aber, frage ich jetzt, daß wir in jedem Nordseehafen zehn Seenotrettungskreuzer stationieren müssen? Ich glaube nein, und dieses Prinzip gilt auch im Gesundheitswesen. Auch hier sind zur Rettung konkreter Menschen keine Kosten und Mühen zu scheuen, Kostendämpfung hin oder her. Das heißt aber nicht, daß wir nicht vor Eintreten des Eventualfalls - ich betone: vor Eintreten des Eventualfalls - die Kapazitäten beschränken dürfen, denn das trifft keine konkreten Patienten, nur die Wahrscheinlichkeit eines frühzeitigen Todesfalls nähme für alle Bundesbürger zu, und das ist ein ganz großer und zentraler Unterschied.

In New York hat man in den achtziger Jahren eine geplante Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, für die dadurch pro Jahr geretteten zwölf Menschenleben sei das Projekt zu teuer. Jetzt frage ich: Ist der damalige Oberbürgermeister Edward Koch ein Massenmörder?

Wer jetzt meint "ja" muß das gleiche Urteil dann auch über Ex-Verkehrsminister Krause fällen, weil er sich geweigert hatte - und wie ich finde, völlig zu Recht -, alle ostdeutschen Alleebäume abzuholzen, genauso wie über Innenminister Kanther, weil er nicht schon längst gefährliche Sportarten wie Drachenfliegen oder Skifahren verboten hat, oder wie viele Verkehrspolitikern der Grünen, die sich gegen Umgehungsstraßen oder neue Autobahnen wehren.

Durch die eingesparte Brandklinik in New York wurden doch nicht zwölf Bürger jährlich zum Tode durch Verbrennen verurteilt, auch wenn die Heilberufe das gerne so darstellen. Allein die Wahrscheinlichkeit, durch Brandverletzungen zu sterben, hat für jeden New Yorker um einen zehntausendstel Prozentpunkt zugenommen, und das ist meiner Meinung nach ein großer Unterschied. Auch wer noch nie etwas von Wahrscheinlichkeitsrechnung gehört hat, ahnt doch instinktiv, daß es einen Unterschied macht, ob man ein Unfallopfer verbluten läßt, obwohl man ihm theoretisch helfen könnte, oder ob man beim Ampelbauen oder bei Verkehrsumleitungen spart.

Ein letztes Beispiel: Jedes Jahr sterben in Deutschland mehr als tausend Menschen, nur weil sie nicht Mercedes fahren. Die Wahrscheinlichkeit,

bei einem Verkehrsunfall zu sterben, ist in einem Kleinwagen je nach Marke bis zu zehnmal größer als in einem Mercedes, aber trotzdem liegt es wohl den meisten fern, für jeden erwachsenen Bundesbürger einen Mercedes auf Krankenschein zu fordern (was nur logisch wäre, wenn man gewisse gesundheitspolitische Maximen bezüglich der Gleichheit der Überlebenschancen konsequent zu Ende dächte). Aber wenn das Auto gegen den Baum gefahren ist und der Rettungswagen kommt, dann sollen der Mercedes- und der Fiat-Fahrer gleiche Chancen haben.

Wie auch immer wir die knappen Gesundheitsgüter aber verteilen, ob per Versteigerung an den Meistbietenden, ob über Warteschlangen, staatliche Zuteilung oder durch Sparen auf der Planungsebene, fest steht, daß rationiert werden muß. Wir haben keine andere Wahl. Durch die enormen Erfolge der Vergangenheit hat die moderne Medizin sich selbst und die Gesellschaft als Ganzes in eine Situation geführt, wie sie uns fast nur aus griechischen Tragödien vertraut ist - wie auch immer wir handeln, es hat fatale Konsequenzen.

Das ist die Situation. Sie ist tragisch. Die Ärzte als

diejenigen, die das alles auszubaden haben, müssen aber nicht im Büßerhemd herumlaufen. Denn daß die Medizin heute so viel mehr kann als vor fünfzig Jahren, ist doch alles anderes als ein Grund zur Schande. Schließlich entschuldigt sich Herr Witzigmann ja auch nicht dafür, daß er besser kocht als McDonald's, auch wenn er sehr viel teurer ist. Genauso aber, wie wir unsere Kinder zu McDonald's schicken können und sagen: "Eßt was ihr wollt, alles wird bezahlt", zu Witzigmann aber nicht, genauso konnte man vor fünfzig Jahren zu den Ärzten sagen: "Macht, was ihr könnt, alles wird bezahlt", heute aber nicht. Denn heute hält die Medizin im Gegensatz zu damals ein Riesenmenü der exquisitesten Heilmitteldelikatessen bereit, die nur den einen Nachteil haben, daß sich nicht mehr alle Hungrigen daran satt essen können. Als Außenseiter bin ich schon sehr gespannt darauf, wie die Mediziner als die Schöpfer dieses Gabentischen mit diesem Dilemma fertig werden.

Der Text ist die gekürzte Fassung eines Festvortrags vor der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in Mainz vom 19. Januar 1996.

WORLD FEDERATION OF DOCTORS WHO RESPECT HUMAN LIFE

Ulm, den 11. Dezember 1996

An den
Bundespräsidenten der Bundesrepublik Deutschland
Herrn Dr. Roman Herzog
Bundespräsidialamt
Kaiser Friderich Str. 16

53113 Bonn

Betr.: Protest gegen die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes für lesbische "Verdienste" an Frau Herta Leistner.

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,

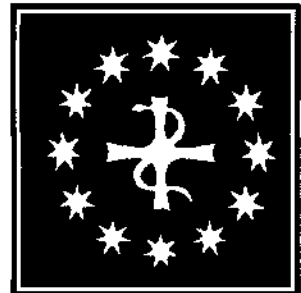
Die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes an Frau Herta Leistner für besondere Verdienste für die Anerkennung lesbischer Perversitäten (Lesbentagungen der Akademie Bad Boll mit Workshops für "Selbstinspiration", usw.) ist eine totale Abwertung des Bundesverdienstkreuzes und eine Lächerlichmachung Ihres Amtes.

Jeder Deutsche, der sich noch dem Artikel 6 des Grundgesetzes mit dem besonderen Schutz von Ehe und Familie und dem im Artikel 2 GG festgeschriebenen "Allgemeinen Sittengesetz" verpflichtet fühlt wird dadurch beleidigt und wenn er noch ein wenig Ehr- und Schamgefühl besitzt, in scharfen Konflikt auch mit dem Verleiher dieses Ordens, also mit Ihnen getrieben. Denn die gegenseitige Masturbation von zwei gleichgeschlechtlichen Wesen ist keine lobenswerte oder schutzwürdige Handlung, sondern ein sitten- und naturwidriges Verhalten. Und die "Selbstinspiration" ist ein Verstoß gegen Artikel 1 GG, gegen die Menschenwürde. Sigmund Freud soll den Verlust von Scham als erstes Kennzeichen des Schwachsinnigen bezeichnet haben!

Wir bitten Sie deshalb dringend von dieser Verleihung zurückzutreten und Ihr Amt und uns alle nicht der weltweiten Lächerlichkeit preiszugeben.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr sehr ergebener
Dr. med. Siegfried Ernst,
89075 Ulm
Santisstr. 16



Europäische Ärzteaktion

Postfach 1123
89001 Ulm

Ulm, den 5. Dezember 1996

Herrn
Bundesgesundheitsminister
Seehofer
Gesundheitsministerium
Am Probsthof 78a

53121 Bonn

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

Anlässlich einer Sitzung des Vorstandes der "Europäischen Ärzteaktion in den deutschsprachigen Ländern" beschäftigten wir uns auch mit der gegenwärtigen Krise um die Reform des Gesundheitswesens und möchten Ihnen dazu ein paar Gedanken schreiben, von denen einige unser erster Vorsitzender Dr.S.Ernst bereits auf dem Bundesparteitag der CDU in Düsseldorf als Delegierter des Kreises Ulm vorgetragen hat (Siehe Protokoll des Parteitags in der Anlage!):

1.) Die Krise ist primär moralischer und ideologischer Natur, denn auch für das Gesundheitswesen gilt der Satz Dr.Frank Buchmans: "Es ist genügend vorhanden für jedermanns Bedürfnisse, aber nicht für jedermanns Habgier!" Das heißt: ohne die Bereitschaft bei allen Beteiligten (Patienten, Ärzte, Pharmazeuten, Krankenkassen, Bundesregierung, usw. zu Ehrlichkeit und Einschränkung ist jede "Reform" unmöglich. Die Massendemonstrationen der letzten Wochen beweisen, daß die Menschen heute unfähig geworden sind auch das geringste Opfer für die Allgemeinheit zu bringen und der Betroffene, der ihnen Opfer zumutet, zum Buhmann der Nation abgestempelt wird. Daran mitschuld ist zweifellos die Tatsache, daß die Bundesregierung und auch die CDU durch falsche Ausgaben auch im Gesundheitswesen ihre Glaubwürdigkeit verloren hat.

2.) Um die Krise zu meistern, muß deshalb zuerst die verlorene Glaubwürdigkeit wiederhergestellt werden. Solange also z.B. ca 3 - 400 000 Abtreibungen von Krankenkassen oder Sozialämtern jährlich mit den oft lebenslangen Folgekrankheiten finanziert werden (Professor Dr.jur Isensee, Bonn: Der Staat tötet!), wird jede Kürzung am Arzneimittelat für echte Erkrankungen zum unerträglichen verlogenen Skandal. Dasselbe gilt für die unentgeltliche Abgabe von Verhütungsmitteln an junge Mädchen, die unser Vorsitzender bereits als kriminelle "sexuelle Bedarfsweckung bei Jugendlichen" beim CDU Bundesparteitag bezeichnet hat. Die Beseitigung der hippokratischen Ethik aus dem Ärztestand und dem übrigen Gesundheitswesen durch die Freigabe der Tötung ungeborener Kinder mußte automatisch zum Zusammenbruch der gesamten Ethik des Gesundheitswesens führen. Unsere diesbezüglichen Warnungen glaubten auch der größte Teil der CDU Politiker in den Wind schlagen zu können, weil moralische Maßstäbe für sie keine politische oder gar wirtschaftliche Bedeutung und Relevanz haben.

Der ganze irrealer Illusionismus der Mehrheit der Politiker wird beispielsweise sichtbar an dem Aberglauben, daß die abtreibenden Mediziner ihre Meldungen der Abtreibungen wahrheitsgemäß abgeben würden, dabei wissen wir, daß höchstens ein Drittel von ihnen gemeldet werden. Warum sollten sie auch einem tötenden Staat gegenüber ehrlich sein? Das gilt auch für die Krankschreibungen! Ein Berufsstand, der von der "Gesellschaft" ganz offiziell zum Töten, statt zum Heilen mißbraucht wird, hat doch keinen Grund in der Frage der Krankschreibungen plötzlich moralisch zu werden, wenn man dadurch in Gefahr kommt Patienten zu verlieren! Das Problem der Krankengeldfortzahlung wird dadurch unlösbar, denn wenn der Staat schon das "flächendeckende" Töten verlangt, wieso soll man dann nicht lügen dürfen, was doch viel weniger schlimm ist! Die holländische "Lösung" mit jährlich etwa 20 000 Euthanasiefällen von chronisch oder unheilbaren Kranken, die viel Geld kosten, wird dann trotz Adolf Hitlers Euthanasieprogramm sich auch bei uns schließlich durchsetzen und legalisiert werden. Bei einer Ablösung der CDU Regierung in Bonn (auch wegen der Massenproteste gegen die Gesundheitsreform ohne eine "geistig-moralische Wende" im Regierungslager und im Gesundheitsministerium) würde uns dann der "holländischen Lösung" sehr schnell näher bringen.

3.) Die Finanzierung der "Deutschen Aids-Hilfe" mit 20 Millionen DM, die dann zur Propagierung von Homosexualität und Sadomasochismus durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit pornographischen Flugblättern und Schriften zum geistig-moralischen Krankmachen mißbraucht werden ist ein Betrug am Steuerzahler genau so wie die Kondompropaganda, von der wir wissen, daß das Kondom keineswegs Sicherheit vor Ansteckung gibt.

Es tut uns leid, Herr Minister, Ihnen dies sagen zu müssen:

Sie werden die Probleme nicht lösen können ohne eine Reform der Gesinnung aller Beteiligten, die ohne eine Revision und Wiederherstellung unserer Gesetze und öffentlichen Verhaltensnormen unmöglich ist.

Wir stehen auf Ihrer Seite, was die Notwendigkeit von Kürzungen und Sparen im Gesundheitswesen angeht und sind nicht interessiert an Ihrem Sturz. Man muß aber kein Prophet sein ihn voraussagen zu können, wenn man die geistig-moralische Wende weiterhin im Gesundheitswesen nicht auch beim Gesetzgeber selbst beginnt und dabei mit dem guten Vorbild voran geht.

Eine "christliche" Regierung muß wissen, daß man den Segen Gottes durch widerchristliche Gesetze verliert und daß wir diese Grundlektion aus der Vergangenheit eigentlich hätten lernen können. Wir sind überzeugt, daß an diesem Segen "alles gelegen ist" und möchten Ihnen Mut machen ihn wieder zu gewinnen!

Wir verbleiben mit den besten Wünschen und Grüßen Ihre sehr ergebene

Europäische Ärzteaktion e.V.
Der Vorstand:

Dr. Siegfried Ernst: Liebe Freunde, ich spreche hier als Vizepräsident der World Federation of doctors, who respect human life. Das ist eine Weltorganisation der Ärzte mit 350.000 Mitgliedern in 63 Ländern.

Ich möchte zu einem entscheidenden Punkt, den der Bundeskanzler erwähnt hat, etwas sagen, nämlich der Frage der Schaffung eines Rechtsbewußtseins. Denn das, was in den letzten Jahren geschehen ist, ist mit Hilfe der Gesetzgebung unseres Staates die Zerstörung des Rechtsbewußtseins und der Ethik im gesamten Gesundheitswesen. Liebe Freunde, in dem Augenblick, in dem man Ärzte nach dem Dritten Reich erneut zu Tötungsfunktionären der Gesellschaft degradiert, die dafür zuständig sind, daß ungeborene Kinder, die einem irgendwo im Wege sind, beseitigt werden, zerstört man das 2400 Jahre alte Grundethos allen ärztlichen Handelns, nämlich niemals absichtlich zu schaden oder niemals zu töten. (Beifall)

Dabei geht es nicht bloß um die "armen Frauen", wie man immer sagt. Liebe Freunde, es geht um die gesamte moralische und ethische Situation des Gesundheitswesens schlechthin. Denn in dem Augenblick, in dem ich für das Töten Geld aus dem gemeinsamen Topf der Kassenärztlichen Vereinigung bekomme oder sozusagen auf Befehl der Bundesregierung Geld für das Töten gezahlt werden muß, verliert z.B. jede Reform des Gesundheitswesens ihre moralische Basis. Ich habe unserem lieben Freund Dr. Norbert Blüm vor zweieinhalb Jahren in Bonn in einer Versammlung öffentlich gesagt, als es um seine Gesundheitsreform ging: "Solange Tötungen von ungeborenen Menschen von der Krankenkasse bezahlt werden, haben Sie moralisch überhaupt kein Recht dazu, auch nur eine einzige echte medizinische Leistung zu kürzen." (Beifall)

Darum wird das Ganze ein Flop werden und wird nicht gelingen. Denn zu einer Gesundheitsreform gehört zunächst einmal eine geistig-moralische, ethische Basis des Gesundheitswesens. Die Leute müssen zunächst einmal ehrlich werden. Wenn der Staat sie aber zum Töten auffordert, liebe Freunde, geht jede Ehrlichkeit zum Teufel. Wenn man mich von Staats wegen betrügt, indem man aus dem Topf, aus dem meine Leistungen als Arzt bezahlt werden sollen, eine große Menge Geldes für das Töten, für das Gegenteil von dem, was ärztliches Handeln ist, abzweigt, sagt der Durchschnittsarzt: "Hier werde ich vom Staat betrogen; also betrüge ich auch."

Schauen Sie: in den letzten zehn, fünfzehn Jahren ist das ethische Niveau im gesamten Gesundheitswesen derartig gesunken, daß ein Großteil der Ärzte heute eben auch nur aufs Geld schaut.

Liebe Freunde, wenn dies das Ergebnis ist, nämlich ein korruptes Gesundheitswesen, dann so zu tun, als ob es nur um "arme Frauen" gehe, und wenn unsere Frau Bundestagspräsidentin darüber hinaus noch behauptet, durch die Beseitigung der Strafnorm in Bezug auf die Frage der Abtreibung würden weniger Abtreibungen vorgenommen, es sei ein besserer Schutz des ungeborenen Kindes, wenn man das Gesetz beseitige, frage ich Sie: Für wie dumm hält uns diese Frau eigentlich, daß sie

sich erlaubt, so etwas zu sagen?

(Pfiiffe)

Von mir aus können Sie ruhig pfeifen. Eines Tages werden Sie auf der Straße ausgepiffen, wenn sich diese Dinge in unserer Partei nicht ändern, wenn wir nicht zu klaren Maßstäben der Ehrlichkeit, Sachlichkeit und Sauberkeit auch in diesen Fragen zurückkehren. Es gibt schließlich eine Ärzteschaft, die man durch solche Gesetze nicht einfach moralisch kaputt machen darf.

Liebe Freunde, das letzte, was ich noch sagen möchte, ist: Heute geht es zwischen Ost und West letzten Endes um die Grundlage der Gesellschaftsordnung, und diese ist das Menschenbild. Das christliche Menschenbild, von dem heute die Rede war, besagt: Der Mensch ist als Ebenbild Gottes geschaffen. Das andere Menschenbild im Osten, das von Stalin, besagt: Der Mensch ist denkende Materie. Es ist gelungen, die östliche Ideologie, daß der Mensch nur ein Stück Materie sei, mit Hilfe des Gesetzes zur Fristentötung zur Grundlage auch unserer Rechtsordnung zu machen. Darum geht es bei der ganzen Sache. Wenn das gelingt, hat zwar der Kommunismus zunächst einmal eine wirtschaftliche Pleite erlitten; aber er hat einen ideologischen Sieg errungen, indem er seine Vorstellung vom Menschen bei uns zur Grundlage unserer Gesetzgebung und Gesellschaftsordnung mit Hilfe eines solchen Gesetzes machen konnte.

Liebe Freunde, hier geht es um mehr als um das Schicksal "armer Frauen". Lassen Sie sich an dieser Stelle nicht für dumm verkaufen, sondern kämpfen Sie darum, daß wir wirklich wieder klare Maßstäbe auch in unserem Gesundheitswesen bekommen! Denn das gelingt nur dann, wenn sich der alte Grundsatz wieder durchsetzt, daß wir als Ärzte an die hypokratische Verpflichtung aus der Zeit von vor 2400 Jahren anknüpfen und daran festhalten. - Danke schön.

(...)

Prof. Dr. Rita Süßmuth: Es ist hier eben gesagt worden, wir würden hinsichtlich der Renten- bzw. Krankenversicherung und der Pflegekonzeption mehr mit der SPD liebäugeln, statt unser eigenes Konzept zu vertreten. Da möchte ich nicht nur den Mittelstand, sondern uns alle hier an folgendes erinnern: Was haben wir denn in den vergangenen Jahren getan? Konsequenter christliche Soziallehre und unser Grundsatzprogramm umgesetzt! Es ist töricht, anzunehmen, wir hätten SPD-Politik betrieben, wenn die SPD allmählich begreift, daß das, was unsere Politik ist, alternativlos ist und getan werden muß. (Beifall)

Die SPD hat in der Frage des Vergleichs von Erwerbsarbeit und Familienarbeit immer nur die Erwerbsarbeit bewertet. Sie hat jahrelang alle anstehenden Sanierungen im Zuge einer Krankenkassenreform, der Rentenreform nicht durchgeführt. Sie sind von uns durchgeführt worden! (Beifall)

Einen dritten Punkt bitte ich zu beachten, gerade auch wenn man wirtschaftlich denkt: Was ist unsere Politik? Die kleinen Einheiten zu fördern! Wenn man, statt die Erziehungszeiten wenigstens im Rentenrecht anzuerkennen, dies alles in öffentliche Einrichtungen verlegt, dann kann man mit Recht fragen: In welcher Weise wird das ganze System ausgebeutet und überfordert? Wir haben aber genau das Umgekehrte getan, nämlich die Familie gefördert im Sinne der Selbsthilfe.

Genauso verhält es sich bei der Pflege. Wollen wir wirklich warten, bis die letzte Familienfrau das Haus verlassen hat und ihre soziale Sicherung in der Erwerbsarbeit sucht, weil die wirklich Pflegenden ungerecht behandelt werden? (Beifall)

Deswegen ist die revolutionäre CDU-Tat in Fortsetzung der Rentenpolitik der 50er Jahre, daß wir gerade die Familientätigkeit in die Bewertung einbeziehen und nicht die außen vor stehen lassen, die dem Staat Milliarden durch Erziehung und Pflege ersparen und letztlich auch unsere Wirtschaft fördern.

Unser Weg ist der der Christlichen Soziallehre. Ich will Ihnen nur ein Beispiel nennen. Als ich in Schweden war, fragte der Fraktionsvorsitzende der Sozialisten: Was ist denn nun unser Weg in die Zukunft? Wir befassen uns gegenwärtig mit der Christlichen Soziallehre. - Meine Empfehlung: daß wir uns nicht aus der Hand schlagen lassen, was unser bestes Erbe ist! (Beifall)

Klaus Landowsky, Tagungspräsidium: Schönen Dank, Frau Dr. Süssmuth! Das Wort hat Herr Dr. Ernst.

Dr. Siegfried Ernst: Sehr verehrter Herr Bundeskanzler! Liebe Freunde! Lassen Sie mich hier einige Gedanken vortragen, damit auch ein Arzt etwas zur Gesundheitspolitik sagt.

Frau Süssmuth hat gerade von der christlichen Sozialpolitik gesprochen. Liebe Freunde, ich habe hier schon vorgestern abend gesagt: Die Frage einer wirksamen Reform des Gesundheitswesens ist auch eine moralische Frage. Denn wenn die Ärzte und alle übrigen Träger des Gesundheitswesens nicht ehrlich sind, dann können Sie Strukturreformen noch und noch machen, - Sie werden doch scheitern.

Mit der Abtreibungsfinanzierung z.B. zwingt man vom Staat her die Ärzte zur Unehrlichkeit. Oder wie ist die Reaktion, wenn plötzlich 65 Millionen Mark allein für Antibabypillen für 14jährige Mädchen ausgegeben werden sollen?! Liebe Freunde, das ist keine christliche Sozialpolitik, sondern das ist sexuelle Bedarfsweckung bei Jugendlichen.

(Lachen und Zurufe)

Ich darf nur ein Beispiel anführen: Als mein ältester Enkelsohn 16 Jahre alt war, da kam in seine gemischte Klasse an der Schule in Radolfzell ein Mann vom Kultusministerium in Baden-Württemberg und hat dort Kondome vorgeführt.

(Lachen und Händeklatschen)

Anschließend ist mein Enkelsohn rausgegangen - als Klassensprecher konnte er sich das erlauben - und hat zu dem Mann gesagt: Herr Sowieso, das brauche ich alles nicht! - Wieso brauchen Sie das nicht? - Darauf sagte er: Meine Eltern sind ohne vorherigen Sex in die Ehe gegangen, meine Großeltern auch, und was die gekonnt haben, kann ich auch!

(Lachen und Zurufe)

Der Herr vom Kultusministerium wußte nichts anderes zu sagen als: Das können Sie nicht! - Darauf er: Doch, das kann ich!

Liebe Freunde, sowie wir aufhören, daran zu appellieren, daß es eine sexuelle Enthaltbarkeit gibt, sondern nur noch die Bedarfsweckung betreiben - mit solchen Pillen -, verlieren wir die Glaubwürdigkeit. So etwas zu finanzieren und gleichzeitig von den Ärzten zu verlangen, daß sie sonst sparen, ist völliger Blödsinn. Bitte, denken Sie daran! Wir stehen fassungslos vor solchen Entscheidungen des Bundestages. Das hat es in der deutschen Geschichte noch nie gegeben. - Danke schön!

Bücherempfehlung für unsere Leser

Günter Rohrmoser

"Christliche Dekadenz in unserer Zeit"
Plädoyer für die christliche Vernunft
ISBN 3-930218-28-3

Karl Philberth

"Geschaffen zur Freiheit"
ISBN 80-7192-007-0

Werner Neuer

"Adolf Schlatter"
Ein Leben für Theologie und Kirche
ISBN 3-7668-3390-1

Hans-Joachim Schulz

"Die apostolische Herkunft der Evangelien"
ISBN 3-451-02145-5

Konrad Löw

"Der Mythos Marx und seine Macher"
ISBN 3-7844-2567-4

Elisabeth Dorn

Das Jahr

Als Gott sprach, dass es Licht für uns werde,
schenkte er uns alle Wunder der Erde.
Der Frühling die Herzen der Menschen erfreut,
mit neuer Hoffnung uns Blumen streut.

Sieh, wie anmutig die Zweige der Birke sind,
wenn sie tanzen den Reigen im leichten Wind.
Wie malerisch ein goldenes Ährenfeld ist,
wenn der Sommersonne Strahlen es küsst.

Und Staunen erfüllt unser Sein mit Macht,
wenn Sterne besticken den Mantel der Nacht.
Und zieht der Herbst rotflamend ins Land,
reicht ihm die Farbpalette des Schöpfers die Hand.

Auch im Regen liegt eine Spur Poesie,
versinkt auch die Welt in Melancholie.
Und sind die dunklen Wolken weitergezogen,
spannt sich der leuchtende Regenbogen,
wenn es des Schöpfers Laune gefällt,
um seine graue, ertrunkene Welt.
Dann spiegelt die kleinste Pfütze auf nassem Asphalt
ein Stückchen Himmelsbläue schon bald.

Und auch in der Schneesterne lautlosem Schweben
kann man die Allmacht Gottes erleben.
Aus allem Schönen man Gottes Trost erkennt,
wenn die lieblose Welt uns die Flügel verbrennt.

Das Tor zur Euthanasie schon halboffen

Zum aktuellen Stand der Diskussion um ärztlich assistierten Selbstmord in den Vereinigten Staaten

Das Gesetz des Staates Washington welches ärztliche Beihilfe zum Selbstmord verbietet, bleibt solange in Kraft bis das Supreme Court entscheidet, ob die Berufungsklage ebendieses Staates zugelassen wird. Wie berichtet (Theologisches Sept. 96) hatte das Appellationsgericht in San Francisco dieses Gesetz aufgrund der Klage der Euthanasiegesellschaft "Compassion in Dying" gegen den Staat Washington umgestoßen.

- Wie ebenfalls berichtet wurde, hat einen Monat, nachdem das genannte Appellationsgericht das Verbot ärztlicher Beihilfe zum Selbstmord im Staat Washington niedergeschlagen hatte, ein gleichrangiges Appellationsgericht (US Second Circuit Court of Appeals) das Gesetz im Staat New York, das auch ärztlich assistierten Suizid verbietet, für verfassungswidrig erklärt. Inzwischen haben 15 US-Staaten die Klage New Yorks gegen diese Entscheidung in einem "amici curiae brief" (Eingabe einer Notgemeinschaft) unterstützt. Diese Staaten bitten das Supreme Court, den Fall zu behandeln.

Die Konferenz der amerikanischen katholischen Bischöfe stellte Ende Juni d.J. an das Supreme Court den Antrag, die Entscheidung des Appellationsgerichts aufzuheben und zu revidieren. Auch weisen die Bischöfe den Kongreß darauf hin, daß die Frage auf ihn zukommen könne, ob föderative Gelder zur Vermittlung tödlicher Arznei an schwerkranke Patienten benutzt werden dürften. Die Bischöfe hatten den 11. Juli zum Tag des Gebetes und des Fastens ausgerufen, um die Aufmerksamkeit auf Abtreibung und ärztlich assistierten Suizid zu lenken.

Wenn das Supreme Court die Berufungsklage nicht annimmt, treten sofort die Urteile der Appellationsgerichte in Kraft.

- In einem nahezu einmütigen Votum lehnten am 29.6.1996 430 Delegierte der American Medical Association (AMA) zwei Resolutionen ab, welche die entschiedene Haltung der ANIA gegen ärztlich assistierten Suizid aufgeweicht hätten. Die Vorsitzende des Kuratoriums Nancy W. Dickey äußerte gegenüber Reportern, daß die nachdrückliche Zurückweisung von ärztlich assistiertem Suizid durch die Delegierten, die 296 000 Ärzte vertreten "ein tief empfundenenes ethisches Prinzip" reflektiere. "Die überwältigende Reaffirmation übermittelt eine grundsätzliche Botschaft. Der medizinische Berufsstand wird nicht tolerieren, daß wir dahin gebracht werden, uns ein Urteil über den Lebenswert der Patienten anzumaßen ... Wir dürfen nie aus dem Blick verlieren, daß es die Aufgabe des Arztes ist, zu heilen und wenn Heilung nicht möglich ist, zu lindern." Dickey kündigte an, daß die AMA ein Programm initiieren würde, um Ärzte noch besser in der Behandlung von Schmerzen auszubilden.¹

- In einer von der "World Federation of Right to Die Societies" (Weltförderer für das Recht zu

sterben, einem Dachverband von Euthanasiegesellschaften) veröffentlichten Auflistung und Beschreibung ihrer 36 Mitgliedsorganisationen wird über "Compassion in Dying", jener Organisation, die gegen den Staat Washington geklagt hat, folgendes gesagt: "Nachdem 1991 eine Volksabstimmung in Washington zwecks Legalisierung ärztlich assistierter Hilfe zum Sterben erfolglos war, kam eine Gruppe von Mitarbeitern zu der Erkenntnis, daß eine Gesetzesreform noch in der Ferne liege. So gründeten sie diese Organisation, um tödlich Kranken, falls sie es wünschen, sofort einen ärztlich assistierten Abschied zu ermöglichen. Seit ihrem Beginn im Jahre 1993 hat Compassion in Dying 17 Personen (Stand vom Mai 1995) Hilfe zum Selbstmord geleistet und mehr als 11 00 Anfragen beantwortet.

Das Anliegen der Organisation ist als 'pastorale Beratung'¹ bezeichnet worden. Sie überredet die Ärzte der Patienten, die angemessenen Lebensbeendenden Arzneien zu verschreiben und deren Einnahme zu beaufsichtigen. Die telefonische Beratung ist auf Washington beschränkt. Die Organisation hat auch Prozesse in Washington und New York angestrengt mit dem Argument, daß assistierter Selbstmord für die tödlich Kranken nach dem 14. Zusatzartikel (der Verfassung) als ein Freiheitsinteresse erlaubt ist. Gerichtliche Einzelheiten können über 'DeathNET' (innerhalb des Internets) abgerufen werden."

- Seit langem haben die Euthanasiebefürworter offenbar weltweit das Schwergewicht ihrer Bemühungen auf die Legalisierung ärztlich assistierten Suizids gelegt, wohlwissend, daß dann die ganze Palette der Formen der Euthanasie folgen wird. Wie könnte man z.B. ein "Freiheitsrecht" auf Selbsttötung jenen absprechen, die nicht tödlich krank sind, und wie könnte man die "Gnade" der Leiderlösung mittels Tötung jenen verweigern, die nicht fähig sind, sich selbst zu töten? Diese Forderung hat bereits das Appellationsgericht im Fall von "Compassion in Dying" gegen den Staat Washington gezogen, als es Dritte ermächtigte, solchen Personen diesen "Gnadenerweis" zukommen zu lassen.

Elisabeth Backhaus

1 Vgl. JAETF UPDATE Mai/Juni 1996, Hrsg.: International Anti Euthanasia Task Force, Steubenville, USA

Quelle: Theologisches, Kath. Monatsschrift, Oktober 1996, mit freundlicher Genehmigung des Herausgebers.

Nachbemerkung: Die Berufungsklage ist inzwischen vom Supreme Court angenommen worden. Eine Entscheidung wird im nächsten Sommer erwartet.

Erstmals Euthanasiegift patentiert!

US-Universität und anonyme Geldgeber stellen Recht auf Leben in Frage

Das Europäische Patentamt erteilte kürzlich der staatlichen Universität von Michigan (USA) das Patent auf eine Giftmischung, die einen «ästhetischen» und schnellen Tod garantiert und (nach Angaben der Universität Michigan) auch für die Tötung von Menschen benutzt werden kann. Sie wird gegen einfaches Rezept leicht erhältlich sein. Soll jetzt an den beschämenden Patiententötungen auch noch gut verdient werden?

ne. Am 10. April 1996 erhielt die Universität des US-amerikanischen Bundesstaates Michigan vom Europäischen Patentamt in München das Patent auf eine Giftlösung für die Tötung von «Säugetieren». Es gilt europaweit, unter anderem also auch für die Niederlande, für Deutschland, Österreich und die Schweiz. Ein Blick auf die Hintergründe dieses Patentbeschlusses offenbart Schreckliches: Es gilt - falls in einem Lande ein Euthanasiegesetz besteht - auch für die Anwendung des Patentbeschlusses für die Tötung von Menschen! In den Niederlanden und im australischen Bundesstaat Northern Territories existieren bereits solche Euthanasiegesetze.

Tötung von Menschen beabsichtigt

Bereits aus dem Patentantrag war klar hervorgegangen, dass sich das Patent auf die Tötung von Tieren und Menschen mittels der neuen Giftmischung erstrecken sollte. Es bleibt daher unverständlich, wie das Europäische Patentamt dieses sittenwidrige Patent an die Universität von Michigan vergeben konnte. Noch unverständlicher ist dies angesichts der Tatsache, dass der Prüfer des Europäischen Patentamtes, der den Patentantrag untersuchte, in einem Schreiben vom 1. März 1996 die Universität von Michigan unmissverständlich auf die beabsichtigte Tötung von Menschen hinwies: «Die Untersuchungskommission stellt fest, dass der Zweck des Patentantrages nicht auf Euthanasie an niederen Säugetieren beschränkt ist. Wir machen den Antragsteller darauf aufmerksam, dass der Mensch eine Säugetierart ist und dass aus den Worten des Antrags hervorgeht, dass der Antragsteller ein Mittel schützen lassen will, womit ebenso Euthanasie an Menschen begangen werden kann.» Der Antragsteller rede daher bewusst von «menschlichem Tod» («humane death») bei Säugetieren und davon, dass es um die «Ästhetik der Euthanasie» gehe.

Ein Blick in die dem Patent beigefügte Literaturliste offenbart, womit sich diejenigen beschäftigten, die ein neues Gift für Euthanasie an «Säugetieren» patentieren Hessen: «Selbstmord mit Hilfe von Giften für die Euthanasie an Tieren» oder: «Euthanasie und das Recht auf den Tod: Holland und die USA stehen vor einem Dilemma».

Umgehung gesetzlicher Kontrollen

Der Antragsteller hat sodann bewusst eine neue Giftmischung hergestellt, die keine gesetzlich kontrollierten Substanzen mehr enthält. Bereits auf dem Markt befindliche Lösungen, mit denen Tiere eingeschläfert werden, müssen staatlich kontrolliert werden, wenn sie gefährliche und/oder suchterzeugende Substanzen enthalten. Zu welchem Zweck sollte ein Gift für die Einschläferung von Säugetieren frei von staatlich kontrollierten Substanzen sein? Es gehört zu den grössten Selbstverständlichkeiten eines seriösen Tierarztes, sich als Benutzer gesetzlich kontrollierter Gifte registrieren zu lassen. Soll hier also ein Gift - nur noch gegen Rezeptpflicht - leicht für jedermann erhältlich auf den Markt geworfen werden?

Im Patentantrag ist zudem unverblümt davon die Rede, das Mittel solle auch von denjenigen leicht handhabbar sein, «die es anwenden wollten, aber nicht vertraut sind mit dem zeitlichen Verlauf oder der tödlichen Wirkung». Damit sind sicher keine Tierärzte gemeint, auch keine Hilfskräfte in Tierarztpraxen oder -kliniken! Diese sind als Fachleute vertraut mit der Handhabung solcher Gifte. Ein Gift für den Hausgebrauch also, leicht käuflich und auch von Laien einfach - und «ästhetisch», wie es der Antragsteller nennt anwendbar!

Ausserdem: In der Literatur über Gifte für die Einschläferung von Tieren wird auf die Gefahr des Missbrauchs für Selbsttötungen hingewiesen. Dies ist dem Antragsteller bekannt.

Perversion der Sprache und des Denkens

Der bereits zitierte Prüfer des Europäischen Patentamtes wies die Universität Michigan darauf hin, dass Euthanasie ein Kapitalverbrechen ist, und verlangte hierzu eine klärende Stellungnahme beziehungsweise eine entsprechende Beschränkung des Patentantrages auf Tiere.

Statt zu widersprechen, bestätigen die Anwälte der Universität von Michigan am 1. Juli 1996 die Vorwürfe frank und frei. Man wolle nichts Ungesetzliches tun, aber: «Falls es jedoch legal würde, diese Lösungen auch an Menschen anzuwenden, so soll sich dieses Patent auch auf die Anwendung der Lösungen zu diesem Zweck erstrecken.» Sie sprechen an anderer Stelle offen davon, es gehe um die Anwendung bei «niederen und höheren Tieren, den Menschen eingeschlossen». Die Rechtsanwälte verstiegen sich sogar zu der Aussage, das Europäische Patentamt verstehe nichts von der «Ästhetik der Euthanasie».

Patent trotz Kritik der Prüfungskommission

Obwohl die Universität Michigan damit eingestand, dass sie auch Euthanasie an Menschen meint, wurde das Patent schliesslich doch erteilt. Am 10. Januar 1997 läuft die Einspruchsfrist dafür ab. Hatte nicht die Prüfungskommission des Patentamtes betont, dass mit diesem Patent Kapitalverbrechen begangen werden können? Wer hat diese Einwände zum Schweigen gebracht?

Die Brisanz des gesamten Vorgangs wird erst richtig deutlich, wenn man fragt, woher die stattliche Summe von etwa 30 000 US-Dollar stammt, die eine europäische Patentanmeldung bis zur Erteilung kostet. Eine öffentliche (!) Institution wie die Universität Michigan, finanziert aus Steuermitteln, will Euthanasie kommerzialisieren! Sind die Gelder, welche die Universität Michigan in das Giftpatent investierte, Steuergelder? Oder stecken andere Geldgeber dahinter? Auf alle Fälle liegt nun erstmals der unumstössliche Beweis vor, dass eine öffentliche Institution an Patiententötungen verdienen will! Ein moralischer wie staatsrechtlicher Skandal!

Unbekannte multinationale Organisation im Hintergrund

Wie den «Detroit News» vom 22. September 1996 zu entnehmen ist, hat mittlerweile Fred Erbsch, Sprecher des Amtes «für geistiges Eigentum» im US-Staat Michigan, erklärt, die Giftmischung sei ursprünglich nicht für den Gebrauch an Menschen gedacht gewesen. Eine multinationale Organisation, deren Namen er nicht nennen wollte, habe jedoch die Sache in die Hand genommen, um das europäische Patent zu sichern. Erbsch betonte, die Rechtsanwälte der Universität Michigan hätten nur versucht, den besten und breitesten Schutz der Patentrechte an dieser Giftmischung zu erreichen. Es bestehe ein Lizenzvertrag zwischen der

Universität Michigan und der ungenannten multinationalen Organisation. Dieser erlaube nur die Anwendung auf Tiere. Zumindest augenblicklich noch - Lizenzverträge lassen sich jederzeit erweitern.

Was unterscheidet die Skrupellosigkeit der Verantwortlichen an der Universität von Michigan (beziehungsweise der unbekannt multinationalen Organisation), die sich mit der Patentierung ihres Giftes Profitmöglichkeiten am Tod von Menschen sichern wollen, von der menschenverachtenden Gesinnung eines Drogendealers oder Waffenschiebers?

Skrupellose Missachtung des Rechts auf Leben

Unter der Schutzbehauptung, man tue nichts Ungesetzliches, es gehe ja «nur» um ein Patent, werden wie bei der Euthanasie-Debatte «Verständnis» und «Toleranz» gegenüber der Tötung von «lebensunwertem Leben» vorbereitet. Wenn das Euthanasieverbot wie in Holland oder Australien aufgehoben und es damit legal würde, Menschen zu töten, dann soll daran auch noch verdient werden. Die Skrupellosigkeit eines solchen Ansinnens wird deutlich, wenn man sich den Hintergrund für das Euthanasieverbot vergegenwärtigt: Kein Mensch darf einen anderen töten, und kein Mensch kann in seine eigene Tötung einwilligen. Das ist der naturrechtliche Kern jeder Rechtsordnung, jeder Zivilisation. Darum darf man keinem Menschen gestatten, an einer Tötung zu verdienen. Das geplante Patent ist in dieser Form sittenwidrig und muss widerrufen werden! Weil das Tötungsverbot naturrechtlich gegeben und damit vorstaatliches Recht ist, verstösst das Patent nicht nur gegen bestehendes Recht, sondern gegen allgemeine, vorstaatliche sittliche Prinzipien, auf die auch die Schweizer Verfassung und das deutsche Grundgesetz aufbauen.

Ältere Ausgaben

von Medizin und Ideologie enthalten vielfach Artikel die heute noch aktuell und lesenswert sind.

Falls Sie Interesse an älteren Ausgaben haben: Wir senden Ihnen gerne ein Päckchen (bis 2 kg) gegen Portoerstattung zu.

Korrektur zu:
Medizin und Ideologie 3/96 Seite 18 und 19

Die in der letzten Ausgabe abgedruckte "Übersetzung: Eine Bedrohung unvorhersehbarer Ausmasses...", sowie das "Nachwort" sind nicht, wie irrtümlich angegeben, in 'Theologisches' in der Juli/August Ausgabe, sondern in der September-Ausgabe erschienen.

Das letztere Nachwort ist keine Übersetzung, sondern von Frau Backhaus verfasst worden.

"Niemand sollte eine multikulturelle Gesellschaft für erstrebenswert halten: In keinem Land der Erde würde eine solche politisch-soziale Umgestaltung als Programm ohne große Erschütterungen und Kämpfe vor sich gehen. Und die Staaten, die durch geschichtliche Fehlentwicklungen schon multikulturell sind - z.B. USA, Südafrika - wären froh, wenn sie es nicht schon geworden wären."

Kommentar im Informationsbrief der "Lebendigen Gemeinde Bayern"

aus idea - Basis Nr. 84/96

Gisela Klinkhammer

Transplantation fötalen Gewebes bei Parkinson

Kontroverse um rechtliche Grauzone

Erstmals wurde jetzt von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover ein Antrag auf "Verwendung von humanem embryonalem ZNS-Gewebe zur Erforschung und Behandlung der experimentellen und klinischen Form der Parkinsonschen Erkrankung" in einer ersten Phase genehmigt. Das löste eine Diskussion über die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der Transplantation fötalen Gewebes aus.

Mögliches Ziel eines vor kurzem in Hannover genehmigten Projekts ist die Implantation embryonaler menschlicher Zellen in das Gehirn von Morbus-Parkinson-Patienten. Diese klinische Anwendung sei jedoch nicht Inhalt der jetzigen Entscheidung, betonte die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Das Teilprojekt, das "als ethisch verantwortbar gehalten wurde, betrifft Verfahren zur Gewinnung und Reindarstellung von menschlichen embryonalen Hirnzellen aus Gewebe, das bei Schwangerschaftsunterbrechungen bis zum dritten Monat gewonnen wird". Es gehe außerdem um spezielle experimentelle Untersuchungen mit diesem Gewebe, unter anderem auch um die Implantation von Zellen in Ratten. Diese Versuche sollen der Feststellung und Verbesserung der Funktionsfähigkeit von embryonalen Zellen dienen, auch nach deren Übertragung in einen lebenden Organismus. Über eine klinische Anwendung der Implantation embryonaler Gehirnzellen beim kranken Menschen will die Ethikkommission nach Vorlage der Ergebnisse des jetzt genehmigten Teilprojektes erneut entscheiden. Dabei werde dann auch der aktuelle Stand anderer Behandlungsmöglichkeiten der Parkinsonschen Krankheit zu berücksichtigen sein.

Auf scharfe Kritik stieß die Entscheidung der Ethikkommission beim Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen, Karl Finke. "Diese Behandlungsmethode, deren Erfolgsaussichten äußerst ungewiß sind, degradiert die verbrauchten Embryonen zum Ersatzteillager und drängt Frauen in die Rolle von Rohstofflieferantinnen für ethisch äußerst fragwürdige Forschungsprojekte", so Finke. Er räumte jedoch ein, daß die verbrauchende Forschung an abgetriebenen Embryonen bisher gesetzlich nicht geregelt sei. Die grundsätzliche Entscheidung, ob kranken Menschen embryonales Gewebe übertragen werden dürfe, könne nicht von Ethikkommissionen getroffen werden. "Hier ist der Gesetzgeber gefragt, der solchen Praktiken einen Riegel vorschieben muß", forderte Finke.

"Abtreibung auf Bestellung"

Diese Ansicht vertrat auch Marina Steindor, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen. "Derzeit nutzen Mediziner die rechtliche Grauzone zwischen Embryonenschutzgesetz und

Paragraph 218 aus, um verschiedene Verfahren der Embryonalzelltransplantation zu entwickeln." Leichtfertig würden Ärzte und Forscher ihren kurz-sichtigen Machbarkeitsvorstellungen erliegen. Solche Transplantationen förderten die Abtreibung auf Bestellung. Das zeichne sich bereits in China und den GUS-Staaten ab, wo der Schwangerschaftsabbruch gängiges Mittel der Familienplanung sei. Dort würden embryonale Zellen der Bauchspeicheldrüse bereits zur Diabetesbehandlung eingesetzt.

Im Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen sei deshalb festgelegt, daß "Organe, Organteile, Gewebe und Zellen von Anencephalen, Embryonen und Föten weder entnommen noch übertragen oder zu experimentellen oder industriellen Zwecken, insbesondere der pharmazeutischen oder kosmetischen Industrie dienenden Zwecken verwendet werden" dürfen.

Der Entwurf zu einem Transplantationsgesetz, den die Regierungsparteien und die SPD erarbeitet haben, stellt ausdrücklich fest, daß sich der Geltungsbereich "nicht auf Gene oder andere DNA-Teile, Ei- und Samenzellen, embryonale und fetale Organe" bezieht. Dafür würden das Embryonenschutzgesetz und die entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) greifen.

Die Ethikkommission der MHH beruft sich auf die "Richtlinien zur Verwendung fetaler Zellen und fetaler Gewebe" der BÄK von 1991. Darin heißt es, daß "Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch unabhängig von dem Vorhaben einer Verwendung für Forschungs- oder Therapie-zwecke erfolgen. Das Gespräch über die Verwendung fetaler Zellen oder Gewebe darf erst geführt werden, wenn der Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch endgültig ist. Vergünstigungen, mit denen die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch oder zur Verwendung des Fetus beeinflusst werden sollen, dürfen weder angeboten noch gewährt werden." Die an der Abtreibung Beteiligten dürften nicht an der Verwendung fetaler Zellen oder fetaler Gewebe zu Forschungs- oder fremdnützigen Therapie-zwecken mitwirken.

Prof. Dr. med. Rudolf Pichlmayer, der Vorsitzende der Ethikkommission der MHH, betont, "daß entscheidende Grundvoraussetzung für die Akzeptanz dieses auf die Behandlungsmöglichkeit einer schweren und häufigen Erkrankung gerichteten Forschungsvorhabens ist, daß eine strikte und gesicherte Trennung des Bereichs Schwangerschaftsunterbrechung einerseits und einer erst nach der Entscheidung zu der Schwangerschaftsunterbrechung möglichen Diskussion über eine Verwendung des Gewebes - einschließlich einer entsprechenden Entscheidung der Schwangeren - andererseits gewährleistet wird."

aus: Rheinischer Merkur vom 8.11.96

Eckart Klaus Roloff

Der Griff nach den Keimzellen

"Wir dürfen nicht zulassen, daß bestimmte technologische Themen mit Tabus belegt werden." So sagt es Herbert Reul, der Generalsekretär der nordrhein - westfälischen CDU, der zugleich den Bundesfachausschuß Bildung, Forschung und Kultur der Union leitet.

Mit dem unerwünschten Tabu zielt Reul weder auf den Transrapid noch auf Mars-Missionen oder die Atomenergie, sondern auf ein Thema, das zu den Fundamenten der Medizin und unseres Menschenbildes gehört: auf die bisher unmögliche und generell abgelehnte Manipulation der Keimbahn und der Keimzellen, also der Geschlechtszellen eines Organismus, die anders als die Körperzellen die genetische Information von einer Generation auf die folgenden übertragen.

Nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz von 1990 ist diese Manipulation verboten. "Wer die Erbinformation einer menschlichen Keimbahnzelle künstlich verändert, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft", heißt es eindeutig in Paragraph 5 des Gesetzes; sogar der Versuch ist strafbar. Für dieses Verbot sei er auch, versichert Reul, wenigstens gegenwärtig, doch andererseits werde international immer wieder über den therapeutischen Nutzen des Keimbahneingriffs debattiert; davor könne die CDU nicht einfach die Augen schließen. Dies heiße nicht, die eigene Position aufzugeben.

Heißt es das wirklich nicht? Die eigenen Parteifreunde haben Reul so verstanden, daß er und sein Ausschuß doch etwas verändern wollen. Es gab heftige Proteste: Der CDU-Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe nennt die Äußerung "unverantwortbar", "weit von jeder Mehrheitsfähigkeit entfernt", der Humangenetiker Peter Liese, der die Union im Europaparlament vertritt, kündigt seinen "energischen Widerstand" an, und die Junge Union hat Reul geraten, "eine andere Spielwiese für forsche Vorstöße zu suchen. Die der Keimbahnmanipulation ist denkbar ungeeignet."

Dem ist zuzustimmen. Bei einer so grundsätzlichen Entscheidung darf man sich nicht auf den kleinsten gemeinsamen Nenner internationaler Regelungen einlassen - dann müßte Deutschland auch "liberalere" Gesetze zur Abtreibung gutheißen.

Das ist auch zu beachten, wenn Klaus Kinkel als einer der 39 Außenminister der Staaten des Europarates seine Stimme zur jahrelang verhandelten, aber immer noch umstrittenen Bioethik-Konvention abgeben wird: Er muß sein Votum auch mit Blick auf das abgeben und verantworten, was nach deutschen Gesetzen Recht ist.

Es gibt gute Gründe, weshalb die Keimbahnmanipulation - schon das scheinbare Synonym Keim-

bahntherapie gleicht einer Manipulation - untersagt ist. In ihrem Anspruch, behindertes Leben zu verhindern, bedeutet sie Verhinderung von Leben; sie ist sowohl Menschenzucht als auch Selektion. Solche Eingriffe sind die totale Technisierung des Menschen, eine Neukonstruktion seiner Anlagen, die bald dem Subjektivismus genetischer Designer entspringen könnten.

Da ist es kein Trost, daß die von Reul erwähnte Technologie noch gar nicht so weit ist, Keimzellen gezielt zu verändern. Dies erfordert unzählbare Tier - und Menschenversuche mit tödlichen Risiken und gibt einen weiteren Grund, solche Verfahren abzulehnen. Sie wollen den Menschen zum optimierbaren (und irgendwann garantiert gesunden) Produkt machen - natürlich vor allem den Menschen der sogenannten Ersten Welt.

"Mit diesem Eingriff ins Leben", so hat der Dortmunder Theologe Hans Growel einmal gesagt, "wird eine Grenze überschritten, für die ich keine Legitimation finden kann. Wenn wir hier zustimmen, ist auf Dauer nichts mehr verboten."

* * *

aus: idea 48/96

Ungewöhnliche Aktion gegen Pornographie in den USA:

Pornos von Dampfwalze zermalmt

Mit einer Dampfwalze hat ein amerikanischer Grundstücksmakler 2.500 Porno-Videos zerstört. Jim Ryffel, Präsident der Woodcrest-Company im texanischen Fort Worth, setzte sich an das Steuer der tonnenschweren Straßenbaumaschine, um die Kassetten "unschädlich" zu machen. "Der Schund gehört auf den Müll", sagte er bei der Aktion auf dem Parkplatz eines Einkaufszentrums in Grand Prairie bei Dallas/Fort Worth. Die Zuschauermenge klatschte Beifall, als die Walze die Videos zermalmte. Die Müllabfuhr entsorgte die Überreste kostenlos. Die Pornokassetten im Wert von umgerechnet 67.500 Mark waren dem Grundstücksmakler als Entschädigung für ausgebliebene Pachtzinsen von der Firma "Cinematyme Entertainment" übergeben worden, die in dem Einkaufszentrum eine Videothek betrieb. Ryffel sprach sich bei der Aktion dafür aus, Sperrbezirke für den Vertrieb pornographischer Produkte einzurichten, um sie von Wohngebieten fernzuhalten. Bürgerinitiativen wie die "Amerikanische Familien-Vereinigung" sowie christliche Organisationen und örtliche Pfarrer begrüßten die Aktion. "Pornographie untergräbt die Familie und erniedrigt Frauen und Kinder; es ist Zeit, daß wir die Gottesgabe Sex wieder auf die Ehe als einzigen schöpfungsgemäßen Bereich zurückführen", sagte Pastor Tony Adams (Dallas).

Die heilsgeschichtliche Bedeutung der Frau

Edith Steins Beitrag zum Verhältnis von Frau und Kirche

Edith Stein gehört zu den Wegbereiterinnen, die die Eigenart von Mann und Frau feststellen, untersuchen und beschreiben. Sie kommt zu der Erkenntnis, daß der Eigenart der Frau ein Eigenwert entspricht, den es zu verwirklichen gilt. Nach Edith Stein zeigt sich das Menschsein des Menschen in zweifacher Ausgestaltung: als Mann- und Frausein. Diese verschiedenartigen Seinsweisen hinterlassen im gesamten Wesensaufbau des Menschen ihre Signatur. Hier kommt schon zum Ausdruck, daß es in der Anthropologie des Mannes und der Frau um Sein und Wesen geht, d. h. um Ontologie und Metaphysik. Ein moderner Feminismus kann sich also in keiner Weise auf Edith Stein berufen. Das weibliche Sein und das weibliche Wesen sind da. Beides kann nicht wegdiskutiert werden, wenn es auch heute noch immer wieder und wieder versucht wird. Die weibliche Eigenart, die sich in Körper, Seele und Geist der Frau ausdrückt, gilt es heute in ihrer Bedeutung zu entdecken, damit die Frau ihren Beitrag in Gesellschaft, Kirche und Politik wahrnehmen kann.¹ Die weibliche Eigenart besteht nicht in einem Freibrief für das Sich-Ausleben, oder darin, es dem Manne gleichzutun, oder in der Leugnung der spezifisch weiblichen Aufgaben, oder darin, daß in der öffentlichen Diskussion das neue Aufbrechen der Frauenfrage mißbraucht wird - sei es in politischer, wirtschaftlicher oder kirchlicher Hinsicht. Bestimmte wirtschaftspolitische Kreise wollen die Frau als Frau auslöschen, indem sie der Frau ihre weibliche Eigenart streitig machen. Sie soll als Roboter, reduziert um das, was sie als Lebensträgerin ausmacht, in einer PseudoWohlstandsgesellschaft vegetieren. Dieser ganze unmenschliche Vorgang wird von einer Pseudo-Medienwelt propagiert und unterstützt. Einschlägige, kirchliche Kreise wollen der Frau ihre Würde und Sendung streitig machen, indem sie den Frauen vorrechnen und vorjammern, daß ihnen bisher das Amt vorenthalten worden sei. Wieder andere halten sich in der direkten Argumentation für das Amt der Frau zurück, deuten aber das Zukurz-Gekommensein der Frau in der Kirche laufend an und verbreiten eine aufklärerische Pseudo-Aufbruchstimmung. Es ist von der Sache her nichts anderes als Aufwiegelei, die in sich selbst zerfällt, und Luftschloßmalerei, die auf Grund einer Affekthascherei zustande kommt, d.h. auf Grund von Geltungs- und Anerkennungssucht. Es sind negativ motivierte Kreise, die der Frau ihre heilsgeschichtliche Bedeutung verschleiern wollen, indem sie sie für ihre persönlichen Interessen mißbrauchen, die immer durch Machtbesessenheit charakterisiert sind. Es ist eine Machtbesessenheit, die sich in zwei Richtungen teilt: zum einen geht es ganz einfach um absatzpolitische Interessen, d.h. um Märkte, und zum anderen spielt persönliches Ansehen und wissenschaftliche Reputation, d.h. der Stolz, die ausschlaggebende Rolle. Aber Märkte und Stolz werden vergehen und die

Frau in ihrer ganzen heilsgeschichtlichen Bedeutung wird aufleben.

Wird die Sekundärliteratur zu Edith Stein zum Thema »Frau« gesichtet,² dann fällt auf, daß sie oft für emanzipatorisch-feministische Bestrebungen erhalten muß. Dies ist insbesondere für den kirchlichen Bereich festzustellen. Hier wird Edith Stein mit der Aussage zitiert, daß von dogmatischer Seite dem Amt der Frau nichts im Wege stünde. Es soll damit gesagt werden, daß Edith Stein für das Amt der Frau gesprochen habe. Dies wird auch argumentativ so belegt, daß Edith Stein sich an einem Gespräch über das Priestertum der Frau beteiligt hat. Dies sind jedoch Argumentationen, die nichts zur Sache beitragen, da sie aus dem theologisch-philosophischen Kontext des Steinschen Denkens abgelöst worden sind. Biographische Begebenheiten können nicht gleich mit Sachzusammenhängen verwechselt werden. Weiter wird Edith Stein im kirchlichen Bereich in die Richtung mißbraucht, daß dem Leser und Hörer vermittelt wird, daß die Frau überhaupt in der Kirche bisher zu kurz gekommen sei. Es wird ein Frauenbild Edith Steins gezeichnet, das so in der Primärliteratur nicht zu finden ist. Ein Grund mag darin liegen, daß Edith Steins Gedankenführung nicht verstanden wird und der Interpret an Worten kleben bleibt und nicht zum Sinn der Steinschen Aussage vordringt. Edith Stein kommt aus der Philosophie. Ihr Denken ist philosophisch unterbaut, und zwar ganz klar und entschieden philosophisch durchreflektiert. Sie bringt bewußt in die thematischen Arbeiten den ontologischen und metaphysischen Gehalt mit ein. So kann Edith Stein nicht rezipiert werden ohne philosophische Schulung und Vorbildung des Interpreten. Dies mag bei keinem anderen Autor so zutreffen wie gerade bei Edith Stein. Ihre einzelnen Aussagen sind ganz von ihrem philosophischen Hauptwerk »Endliches und ewiges Sein« her zu entschlüsseln.

I. Das Sein der Frau

Das Sein der Frau ist wie das Sein des Mannes zunächst und grundsätzlich personales Sein. Edith Stein drückt diesen Sachverhalt in ihrem berühmten Ausspruch so aus: »Menschsein ist das Grundlegende, Frausein das Sekundäre.«³ Das personale Sein des Menschen definiert Edith Stein wie folgt: »Person sein heißt ein freies und geistiges Wesen sein.«⁴ So ist der Mensch selbst ein geistiges Wesen aufgrund seines personalen Seins. Dieses »geistige Wesen« ist gekennzeichnet durch sein »Ichsein«. Dieses »Ichsein« bezeichnet Edith Stein auch als »freie geistige Person«.⁵ Der Mensch ist jemand, »der von sich Ich sagt«.⁶ Edith Stein nimmt hier Bezug auf das Tier, von dem gesagt werden kann, daß es dies nicht kann: »Ich blicke in die Augen eines Tieres und es

blickt mir etwas daraus entgegen. Ich schaue in ein Inneres, in seine Seele hinein, die meinen Blick und meine Gegenwart spürt. Aber es ist eine stumme und gefangene Seele: in sich selbst gefangen, unfähig, hinter sich selbst zurückzugehen und sich selbst zu fassen, unfähig, aus sich selbst heraus und zu mir zu gelangen«. ⁷ Das Tier kann eben nicht Ich sagen, es verfügt nicht über dieses Ichsein, d.h. über eine ganze bestimmte Form der Innerlichkeit. So verfügt das Tier über das Tiersein, nicht jedoch über das Ichsein. Das Ichsein kommt in der Begegnung zum Tragen. Edith Stein beschreibt diesen Vorgang wie folgt: »Ich schaue in die Augen eines Menschen und sein Blick antwortet mir. Er läßt mich eindringen in sein Inneres oder wehrt mich ab. Er ist Herr seiner Seele und kann ihre Tore öffnen und schließen. Er kann aus sich selbst heraustreten und in die Dinge eingehen. Wenn zwei Menschen einander anblicken, dann stehen ein Ich und ein anderes Ich einander gegenüber«. ⁸ Edith Stein bezeichnet diesen Vorgang als »Begegnung«. ⁹ Dabei kann es »eine Begegnung vor den Toren sein oder eine Begegnung im Innern«. ¹⁰ Wichtig ist hier, daß das Ichsein die Grundlage für Begegnung ist. Der Mensch als personales Wesen verfügt als Person über dieses Ichsein. Es ist konstitutiv für Begegnung. Das Ichsein weitet sich zum Dusein für ein anderes Ich, wenn die Begegnung nicht vor den Toren bleibt, sondern wenn »es eine Begegnung im Innern ist«. ¹¹

Beim personalen Sein des Menschen gehört also zum Ichsein des Menschen das Dusein-Können. Dieser Vorgang hängt davon ab, ob das Zusammentreffen von einem Ich und einem anderen Ich von innen her geschieht, ob es eine Begegnung im Innern ist.

Eine Stärke des weiblichen Seins liegt nun im Begegnungsereignis selbst. Es ist die Frau, die ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis nach Verwirklichung der eigenen Person hat und der es in Bezug auf ein anderes Ich um Begegnung geht, d.h. um ein Sich-Offenbaren von innen her. Eingeschlossen darin ist die Fähigkeit und Begabung, sich um andere Menschen fördernd zu bemühen, d.h., sie in ihrem Personsein, und damit in ihrem Menschsein vorwärts zu bringen. Edith Stein spricht hier von der »Gabe, sich in fremdes Seelenleben und auch in fremde Zielstellung und Arbeitsweise einzuleben«, und vom »Verlangen, Menschentum in seiner spezifischen und individuellen Ausprägung bei sich selbst und anderen zu möglichst vollkommener Entfaltung zu bringen«. ¹² So ist der Frau die Entwicklung ihres Personseins und das anderer Personen in einer besonderen Weise anvertraut. Dies bedingt, daß sie Mutter und Gefährtin sein kann. Die Förderung anderer in ihrem Personsein und die Annahme der ihr Anvertrauten ist die Grundlage für die Seinsweise als Mutter und Gefährtin. Edith Stein spricht von der Aufgabe der Frau, »Gefährtin und Mutter zu sein«. ¹³ Dies setzt die »personale Entscheidung« der Frau voraus, in diesem Sinne für andere Hilfe sein zu wollen. Dies gilt gemäß dem Schöpfungsbericht zunächst in Bezug auf den Mann, »ihm die Hilfe (zu) sein, die ihm ermöglicht zu werden, was er sein soll«. ¹⁴

Die Förderung des personalen Seins bei sich selbst und anderen zeigt sich grundsätzlich in der Verwirklichung personaler Akte, d.h. seinsträchtiger Handlungen. Daraus leitet sich ab, daß alle

negativen Handlungen die Entwicklung personalen Seins beeinträchtigen. So ist mit Edith Stein zu sehen, daß der Frau der Kampf gegen das Böse aufgetragen ist. ¹⁵ Gerade die Frau steht mit ihrem mütterlichen Sein für das Leben. So wird auch verständlich, weshalb Eva »Mutter der Lebendigen« genannt wird. ¹⁶ Die Frau steht also für das Leben. Es ist ihr in jeder Weise anvertraut.

Als vorläufiges Ergebnis kann festgehalten werden, daß das Sein der Frau in einer engen Beziehung zum Leben in allen Formen steht. In der Frau findet eine intensive Hinordnung zum Lebendigen seinen Ausdruck. Sie steht eigentlich für das Leben schlechthin, und damit für das Wesen des Seins, für das, was das Sein als Sein in einer personalen Gestalt zum Ausdruck bringt. Diese Nähe und wesenhafte Verbundenheit zum Sein zeigt, daß die Frau in einer besonderen Bindung steht. Wenn Christus selbst von sich sagt, daß er der Weg, die Wahrheit und das Leben ist, so geht daraus hervor, daß die Frau mit ihrem Sein in einer engen Christusverbundenheit steht. Christus, der das Leben selbst ist, gibt der Frau an diesem Leben einen besonderen Anteil, und zwar seinsmäßig, d.h. durch die Frau als Frau pulsiert das Leben; dies deshalb, weil sie in dieser Christushöhe steht. Wie ist dies zu verstehen? Christus als der neue Adam hat der Frau ihre Größe wiedergegeben, die darin besteht, daß die Frau Lebensträgerin ist, und damit Christusträgerin. Mit Edith Stein ist zu sehen, daß sich diese tiefe Christusverbundenheit, und damit die Verbindung zum Lebendigen selbst, in Maria zeigt. In dem: »Siehe, ich bin eine Magd des Herrn« ist nach Edith Stein »Marias ganzes Sein ausgesprochen«. ¹⁷ Es »ist die Dienstbereitschaft für den Herrn und schließt darum jede andere Bindung aus«. ¹⁸ Edith Stein bringt jetzt einen Vergleich mit dem Priester: »Freilich hat auch des Priesters Zölibat seine Begründung in ungeteilter Bereitschaft für den Dienst des Herrn. Der Unterschied zeigt sich darin, wie der Herr hier und dort die Bereitschaft zu aktuellem Dienst werden läßt. Er macht den Priester zu seinem Stellvertreter und läßt uns wiederum in ihm den Herrn selbst sehen. In Maria sehen wir nicht den Herrn, sondern wir sehen sie selbst immer an der Seite des Herrn«. ¹⁹ Maria, und mit ihr die Frau, hat also eine besondere Beziehung zum Herrn. Noch deutlicher wird das Verhältnis Maria und Christus, Christus und Priester, wenn Edith Stein schreibt: »Sie (Maria) repräsentiert nicht den Herrn, sondern sekundiert ihm«. ²⁰ Hier wird auch ganz deutlich, daß Edith Stein den seinsmäßigen Zusammenhang von Maria und Christus, Frau und Christus, Priester und Frau kennt. Es besteht eine Polarität, die nicht aufgelöst werden kann. Über Maria sagt Edith Stein in diesem Zusammenhang: »Ihr Dienst ist Dienst, den sie unmittelbar ihm leistet, Fürbitte, die sich für die Menschen bei ihm verwendet, Gnadenspendung, die an die Menschen weiterleitet, was sie aus seiner Hand empfängt«. ²¹ Maria, und mit ihr die Frau, handeln also nicht an Christi Statt, sondern sie sind Mithelferinnen im Erlösungswerk. Dies ist ein eigener, nur von der Frau zu leistender Erlösungsauftrag, der neben dem Erlösungsauftrag des Mannes besteht. Weiter gehört zum personalen Sein des Menschen neben der Begegnung die Tatsache, daß die Person Geist ist. Edith Stein weist darauf hin, daß der Mensch nicht nur ist und lebt, sondern er weiß um

sein Sein und Leben.²² In der Rückwendung, der Reflexion, ist dem Menschen bewußt, daß er ist und lebt. Diese »personale Geistigkeit« besagt nach Edith Stein »Wachheit und Aufgeschlossenheit«.²³ Es gibt also eine »ursprüngliche Form des Wissens, die zum geistigen Sein und Leben gehört«.²⁴ Diese ursprüngliche Form des Wissens ist jedoch nach Edith Stein »kein nachkommendes« Wissen, sondern es ist »wie ein Licht, von dem das geistige Leben als solches durchleuchtet ist«.²⁵ Das personale Sein des Menschen ist also »geistiges Leben«, und dieses ist ein ursprüngliches Wissen um anderes als auch um sich selbst.²⁶ »Geistiges Leben« heißt »bei anderen Dingen sein, in eine Welt hineinschauen, die der Person gegenübersteht«.²⁷ Das »geistige Leben« setzt also die Begegnungsfähigkeit, das Ich- und Du-sein, und damit das personale Sein voraus. Durch das »geistige Leben« erfährt der Vollzug des Personseins seine eigentliche Verwirklichung. So beinhaltet das personale Sein des Menschen das »geistige Leben«. Dabei ist das Wissen um sich selbst »Aufgeschlossenheit nach innen, das Wissen um anderes ist Aufgeschlossenheit nach außen«.²⁸

Wenn nun die Frau eine Stärke in der Begegnungsfähigkeit aufweist, dann ist damit eine Gabe und Berufung zum »geistigen Leben« verbunden, d.h. eine besondere »Aufgeschlossenheit« nach innen und außen. Die Aufgeschlossenheit nach innen, und das damit verbundene Wissen, führt zur Christusbegegnung im eigenen Inneren; die Aufgeschlossenheit nach außen zeigt sich in der Begegnung selbst und führt zur Nächstenliebe in eigener Ausprägung. Das Sein der Frau ist also zunächst ein personales Sein, aber mit einer zweifachen Ausprägung: Es weist eine Stärke im Begegnungsvorgang auf und in all dem, was »geistiges Leben« ausmacht und fördert. Von ihrer Seinsstruktur her ist die Frau also besonders für das Geistige aufgeschlossen und empfänglich. Dafür verfügt sie über eine besondere Transparenz und Sensibilität. In Maria wird diese personale Struktur der Frau heilsgeschichtlich wirksam. Sie besitzt diese Offenheit und Empfänglichkeit für alles Geistige in reinsten Ausprägung, d.h. in einer vollkommenen Art und Weise. In jeder Frau lebt davon etwas, und die Aufgabe besteht darin, diesen weiblichen Seinsanteil in möglichst vollkommener Weise auszubilden. Darin besteht der heilsgeschichtliche Auftrag jeder Frau. Das eigene Sein erkennen zu können, ist ja schon eine Frucht der Erlösungstat Jesu Christi und bindet die Frau gleichzeitig in sein Erlösungswerk mit ein.

II. Das Wesen der Frau

Gott hat sich den Menschen als sein Abbild geschaffen. Dieses Abbild-Sein, d.h. Wesen-Sein des Menschen zeigt sich in den beiden Urbildern von Mann und Frau. Nach Edith Stein ist Maria »in ihrer Jungfräulichkeit reines Urbild des Frauentums, indem sie an der Seite dessen steht, der Urbild alles Männetums ist, und die Menschheit ihm zuführt«.²⁹ Urbild der Frau ist also Maria und Urbild des Mannes Christus.³⁰ Maria selbst steht für »dienende Liebe«, und darin ist sie »Abbild der Gottheit«.³¹ »Dienende Liebe« ist »Beistand«, der allen Geschöpfen zu Hilfe kommt, um sie zur Vollendung zu führen.³² »Beistand« ist aber der Titel

des Heiligen Geistes. So kann im Geist Gottes, »der ausgegossen ist über alle Kreatur, das Urbild weiblichen Seins« gesehen werden.³³ Dieses Urbild »findet sein vollkommenstes Abbild in der reinsten Jungfrau, die Gottes Braut und aller Menschen Mutter ist«.³⁴ Das Abbild Mariens findet sich also besonders in den Frauen, die den Titel sponsa Christi tragen und in jenen, die »an der Seite eines Mannes stehen, der Christi Abbild ist, und durch leiblich-geistige Mutterschaft seinen Leib, die Kirche, aufbauen helfen«.³⁵ Maria verkörpert also in sich die beiden Wesensformen der Frau: Jungfrau und Mutter. Finden sich diese beiden Wesensformen der Frau in der Verwirklichung vor, dann geschieht Mitwirkung am Erlösungswerk. Wenn nun Maria Urbild der Frau ist, so folgt für Edith Stein daraus, daß »Marien-Nachfolge Ziel der Mädchenbildung«³⁶ sein muß. Der Weg zum Ziel ist aber »nicht nur das Aufschauen zu ihr, sondern der vertrauensvolle Anschluß an sie«.³⁷ Dieser Weg ist »nicht ein Weg neben der Christus-Nachfolge«, sondern die »Marien-Nachfolge schließt Christus-Nachfolge ein, weil Maria die erste Christus-Nachfolgerin und das erste und vollkommenste Christus-Bild ist«.³⁸ Deshalb ist »ja auch Marien-Nachfolge nicht nur Sache der Frauen, sondern aller Christen«.³⁹ Für die Frauen jedoch hat die Marien-Nachfolge eine »spezifische Bedeutung«: »sie zu der ihnen gemäßen, zur weiblichen Ausprägung des Christusbildes zu führen«.⁴⁰

Die heilsgeschichtliche Aufgabe der Frau besteht also insbesondere darin, »zur weiblichen Ausprägung des Christusbildes« zu finden. Dies ist nicht anders möglich als über die Beziehung der Frau zu Maria. Diese »weibliche Ausprägung des Christusbildes« beinhaltet die je einmalige Eigenart jeder Frau, setzt sie als Formprinzip voraus und kommt durch Entwicklung zur Ausgestaltung. Edith Stein formuliert so: »Jede Menschenseele ist von Gott geschaffen, jede erhält von ihm ein Gepräge, das sie von jeder anderen unterscheidet; diese ihre Individualität soll mit ihrem Menschentum durch ihren Bildungswert zur Entfaltung kommen. Und eine Berufung zu einem ihr entsprechenden Wirken ist in ihrer persönlichen Eigenart vorgezeichnet. So muß die Entfaltung dieser Eigenart in das Ziel der Mädchenbildung aufgenommen werden«.⁴¹

Maria, das Urbild der Frau, ist noch näher zu beleuchten, um es überhaupt nur annäherungsweise besser verstehen zu können. Maria ist die Neuschöpfung schlechthin, das, was Frau-Sein heißt und das, was die Frau ist. Sein und Wesen der Frau sind nur von dieser Neuschöpfung her zu verstehen und zu begreifen. Maria ist wirklich »die Neuschöpfung«, d.h., Eva ist vergangen, aufgehoben, und Maria »ist«. Was ist nun das Neue an Maria und das, was mit ihr jetzt die Wesensform der weiblichen Seele ausmacht? Maria vereinigt in sich drei Urbilder, das Urbild der Jungfrau, das Urbild der Mutter und das Urbild der Braut. Sie ist alles in einem. Edith Stein spricht in diesem Zusammenhang von dem Urbild der »mater-virgo« und dem Urbild der »sponsa Christi«. Die »mater-virgo« war »einmal das Urbild jenes Frauentyps, den das Alte Testament zeichnet: der Frau, die an der Seite ihres Gatten steht, ein Haus verwaltet und ihre Kinder in der Furcht Gottes erzieht«; das Haus der »sponsa Christi« ist »das Reich Gottes«, ihre »Familie die Gemeinschaft der Heiligen«.⁴²

Edith Stein stellt nun hier die entscheidende Frage: »ob und wie weit es sich hier um ein Entweder-Oder handelt«. ⁴³ Ihre Antwort auf diese Frage ist: »Wenn die mater-virgo Urbild reinen Frauentums ist, so wird in einem gewissen Sinn beides Ziel aller Frauenbildung sein müssen«. ⁴⁴ Edith Stein geht dann noch einen Schritt weiter, wenn sie sieht, daß mit der Bezeichnung »sponsa Christi« nicht nur die »gottgeweihte Jungfrau, sondern die ganze Kirche und jede Christenseele« gemeint ist. ⁴⁵ »Braut Christi« sein heißt »dem Herrn angehören und der Liebe Christi nichts voranstellen«; dies bedeutet weiter die »Liebe Christi über alles stellen, nicht bloß in theoretischer Überzeugung, sondern in der Gesinnung des Herzens und in der Praxis des Lebens, das heißt frei sein von allen Geschöpfen; von falscher Bindung in sich selbst und an andere, und das ist der innerste, geistige Sinn von Reinheit«. ⁴⁶ Jetzt kommt die entscheidende Aussage: »Diese virginitas der Seele muß auch die Frau besitzen, die Gattin und Mutter ist: ja, nur kraft solcher virginitas kann sie ihre Aufgabe erfüllen; dienende Liebe, die weder sklavisches Unterworfensein noch herrisches Sichbehaupten und Gebietenwollen ist, kann nur aus dieser Quelle fließen«. ⁴⁷ Weiter: »Andererseits muß sich dienende Liebe, die das Wesen der maternitas ist, allen Geschöpfen gegenüber aus der Liebe Christi notwendig ergeben. Darum wird auch die Frau, die nicht Gattin und Mutter ist, diese geistige maternitas in Gesinnung und Tat bewahren müssen«. ⁴⁸

Die weibliche Seele ist also so gebaut, daß sie eine dreifache Bestimmung aufweist, die eine ist, aber in einer dreifachen Gliederung sich zeigt: Es ist die Bestimmung zur Jungfrau, Mutter und Braut. Diese drei Bestimmungen der weiblichen Seele machen die Identität der Frau aus, die für sich genommen ein Geheimnis ist; dies deshalb, weil diese drei Ausformungen der weiblichen Seele vom neuzeitlichen, d.h. modernen Menschen sehr schwer zu verstehen sind. Jede weibliche Seele ist so geschaffen, daß sie über diese drei Ausformungsmöglichkeiten verfügt. Je nach persönlicher Eigenart, Aufgabe und Berufung steht die eine oder andere Ausformung der weiblichen Seele im Vordergrund. Wichtig ist jedoch zu wissen, daß alle drei Ausformungen die weibliche Seele ausmachen, d.h., alle drei Eigenschaften der weiblichen Seele müssen in der jeweiligen konkreten Situation zur Ausprägung kommen. Ist dies nicht der Fall, dann entstehen die verschiedenen Fehlformen weiblicher Entwicklung.

Die dreifache Formung der weiblichen Seele muß noch tiefer gesehen werden: In Anbetracht des fortgeschrittenen Zeitlaufes - Edith Stein hat in den 30er Jahren viele ihrer Gedanken zum Thema Frau niedergeschrieben - kann die Gestaltung der weiblichen Seele noch treffender beschrieben werden. Es geht nicht mehr nur um zwei Typen der Lebensgestaltung, wie es Edith Stein noch beschrieben hat, ⁴⁹ sondern jede Frau hat die Aufgabe, in ihrer konkreten Lebenssituation alle drei Ausformungen der weiblichen Seele zur Ausgestaltung zu bringen. In der Gleichzeitigkeit ist die Frau sponsa Christi, Jungfrau und Mutter. Darin besteht die Würde der Frau und ihre heilsgeschichtliche Sendung.

III. Die heilsgeschichtliche Sendung der Frau

In der Verwirklichung des Frauseins liegt die heilsgeschichtliche Bedeutung der Frau. In der Bejahung des eigenen Seins und Wesens liegt die heilende Wirkung für die eigene Person wie für die anderen Personen sowie für die Kirche und die Gemeinschaft der Völker untereinander. Die heilsgeschichtliche Sendung der Frau bedeutet näherhin, daß sie die Erlösungstat Christi zunächst für ihr Leben annimmt und fruchtbar werden läßt. Es heißt zunächst bereit zu sein für ein Leben im »Stande der Gnade«. Dies heißt Wissen um die eigene Erlösungsbedürftigkeit und die Notwendigkeit der Sakramente, die die Heilung und Heiligung der eigenen Seele ermöglichen. Heilsgeschichtliche Sendung der Frau heißt ferner, sich auf den Weg der Christusnachfolge zu begeben, um so selbst gerettet zu werden und anderen zusammen mit Christus die Erlösungsgnade zu erwirken, d.h. einen Leidens- und Sühneschatz zu erwerben, der notwendig ist, um alle Mängel tilgen zu können.

Es zeigt sich, daß die Verwirklichung des eigenen Seins und Wesens unabdingbar die Erlösungsordnung voraussetzt, d.h. die Wiedergutmachung des Falls des ersten Menschenpaares durch die Erlösungstat der Person Jesu Christi. Ontologie und Metaphysik sind so unwiderruflich an die Erlösungstat gebunden. Eine Seins- und Wesensverwirklichung geht somit nicht ohne das Wissen um die Erlösungsbedürftigkeit und die Erlösungsnotwendigkeit des eigenen Menschseins. Die Seins- und Wesensverwirklichung der Frau setzt also die Erlösungsordnung voraus. Ohne Erlösungsgeschehen ist der Frau der Zugang zum eigenen Sein und Wesen versperrt. Alle Selbstreflexion und jeder Einsatz der Frau im eigenen Umfeld, im Beruf und in der Kirche ist ohne Blick auf die Person Christi und seine Erlösungstat zum Scheitern verurteilt. Das ist der Sachverhalt, den es als Ausgangspunkt zu verstehen gilt. Die erste Einsicht in diesen Zusammenhang ist schon der Beginn der heilsgeschichtlichen Sendung der Frau. Dieser Weg der Sendung führt dann nicht - wie heute viele meinen - zur Gleichmacherei untereinander und mit dem männlichen Geschlecht, noch führt dieser Weg zum Amt der Frau in der Kirche. Es ist der Weg der Nachfolge, wie ihn Maria, die neue Schöpfung, die Mutter des Herrn und die Braut des Heiligen Geistes gegangen ist. Auch für das konkrete Umfeld und das berufliche Wirken gibt es keinen anderen Weg für die Frau als den Weg Marias. Sie ist das Urbild der Frau, von dem alle anderen Frauen ihr ganz persönliches und verwirklichtes Abbild sein sollten. Hier gibt es auch keine demokratischen Modelle oder diskutierbare Wahlmöglichkeiten, sondern ausschließlich existentiellen Vollzug. Das ist der Ernst der menschlichen Situation in der Zeit: Ewiges, Vollkommenes soll vom gefallenen Menschen, dem die Erlösung durch Jesus Christus wieder ermöglicht wurde, verstanden werden. Wer nimmt dies heute überhaupt noch wahr? Welche Frau hat heute noch den Mut und die Kraft, sich ihrem miterlösenden Dienst zu stellen, überhaupt darum zu wissen? Wer macht die heutigen Frauen darauf überhaupt noch aufmerksam?

Die tiefe Wahrheit über die Frau gilt es heute über-

haupt zu entdecken. In diesem Zusammenhang ist es verwerflich, wenn beispielsweise Edith Stein, die zur Aufdeckung der weiblichen Seele und ihrer Aufgabe Wesentliches geleistet hat, so interpretiert wird, daß sie für die Emanzipation der Frau, für einen Gleichheitsfeminismus und das Amt der Frau in der Kirche eingetreten sei und dies forciert hätte.⁵⁰ Insbesondere hat sich bei einigen Edith-Stein-Interpretinnen die Unsitte herausgebildet, Zitate aus ihrem Kontext zu lösen und in eine gegenteilige, neuzeitliche Aussage einzubauen. Das Erbe Edith Steins besteht gerade darin, daß sie die neuzeitlichen Defizite überwunden hat. Sie zeigt dem modernen, neuzeitlichen Menschen die Tiefe der menschlichen Seele auf, die unauflösbare Verwurzelung der menschlichen Seele in Gott, die heilsgeschichtliche Aufgabe der Frau usw. Die heilsgeschichtliche Aufgabe der Frau ist nach Edith Stein an die Erlösungsordnung gebunden, und damit an eine verschiedene Aufgabenteilung der Geschlechter. Gott hat den Menschen als Mann und Frau geschaffen; dieses Ereignis, diese Schöpfungstat Gottes wird durch die Erlösungsordnung nicht aufgehoben, sondern durch Maria, der neuen Eva, und Christus, dem neuen Adam, nochmals bestätigt. Durch die beiden Urbilder »Maria« und »Christus« wird die Gemeinschaft von Mann und Frau und ihr Zusammenwirken wieder möglich, und zwar dergestalt, daß der Auftrag, unter dem Maria und Christus stehen, konkret weitergegeben wird: Mann und Frau sind jetzt zur Miterlöserschaft berufen; dabei steht der Priester an Christi Statt und die Frau wird zur Christusträgerin, wie Maria, ihr Urbild. Maria hat der Welt Christus gebracht, und die Sendung der Frau besteht nun darin, die Welt Christus zuzuführen. Dies beginnt bei der eigenen Person, im eigenen Umfeld und zieht je nach Berufung und Sendung eigene Kreise. Die Haltung der Frau für diese wesenseigene Aufgabe ist jedoch bei jeder Frau nur eine: die Haltung des Evangeliums, d.h. Selbst- und Gotteserkenntnis, Demut, Dienstbereitschaft, Gottes- und Nächstenliebe; kurzum: es sind die Eigenschaften des neuen, des durch Christus erlösten Menschen. Überall, wo diese Eigenschaften der Frau fehlen, verkündet sie sich selbst, und damit wirkt sie zerstörend und zersetzend auf ihre eigene Seele, auf ihre Umgebung und auf ihr Berufsfeld. Sie verliert immer mehr an Grund und wird grund- und haltlos in ihren persönlichen und gesellschaftlichen Forderungen. Edith Stein hat ihre Zeitgenossinnen und uns Heutige das Gegenteil gelehrt. Mit ihr ist in besonderer Weise Oda Schneider (1892-1987) zu nennen, die wie Edith Stein zu einem späteren Zeitpunkt in den Karmel eintrat.⁵¹ Beide haben sie das verwirklicht, was das Frausein ausmacht, und sie waren es, die sich für die Würde der Frau eingesetzt haben, und durch ihr Leben nahmen sie teil an der heilsgeschichtlichen Sendung der Frau. Die letzten Worte von Oda Schneider kennzeichnen die Aufgabe der Frau: »Lauter Liebe werden«.⁵²

Anmerkungen:

1 Vgl. Lina Börsig-Hover: Frau und Kirche - Die Suche nach einer neuen Beziehung, in: Die Frau in Kirche und Sport, hg. v. Deutschen Sportbund (= Schriftenreihe »Berichte und Analysen«, Heft 104), Frank-

furt/Main 1989, 24-39; Vgl. dies.: Vom Wesen der Frau. Der Beitrag Edith Steins zum Verhältnis von Frau, Kirche und Gesellschaft, in: dies. (Hg.): Ein Leben für die Wahrheit, Fridingen a.D. 1991, 147-158

2 Mit editorischen Problemen bei der Herausgabe der Werke Edith Steins beschäftigt sich Sabine Düren in ihrem Artikel: »Über die wissenschaftliche Redlichkeit bei der Herausgabe der Werke Edith Steins«, in: FKTh, 10. Jahrgang, Heft 3, 1994, 211-215

3 Diskussion zum Vortrag von Dr. E. Stein: Grundlagen der Frauenbildung, am 9.11.1930 (nur maschinenschriftlich im Karmel Köln), 10

4 Edith Stein: Der Aufbau der menschlichen Person, Ges. Werke Bd. XVI, Freiburg - Basel - Wien 1994,

5 Ebda. 106

6 Ebda.

7 Ebda.

8 Ebda.

9 Vgl. ebda.

10 Ebda.

11 Ebda.

12 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), in: Die Frau, Ges. Werke Bd. V, Louvain - Freiburg 1959, 139

13 Ebda., 138

14 Ebda. 147

15 Vgl. ebda., 148

16 Vgl. ebda.

17 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 151

18 Ebda.

19 Ebda.

20 Ebda.

21 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 151

22 Dies.: Der Aufbau der menschlichen Person, 1994, 106

23 Vgl. ebda.

24 Ebda.

25 Ebda.

26 Vgl. ebda.

27 Ebda.

29 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 151

30 Edith Steins Bezug zur Gestalt Mariens erörtert Anton Ziegenaus in seinem Artikel »Urbild und Hilfe - Die Gestalt der Gottesmutter aus der Sicht Edith Steins (1891-1942)«, in: Pontificia Academia Mariana Internationalis (Hg.), De Cultu Mariano Saeculis XIX-XX (Kongreß-Akten des Internationalen Mariologisch-Marianischen Kongresses in Kevelaer, 1987, Vol. IV), Rom 1991, 355-374

31 Vgl. Edith Stein: Probleme der Frauenbildung, 1959, 151

32 Vgl. ebda.

33 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 151

34 Ebda.

35 Ebda.

36 Ebda.

37 Ebda., 152

38 Ebda.

39 Ebda.

40 Ebda.

41 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 152

42 Ebda., 153

43 Ebda., 154

44 Ebda.

45 Ebda.

46 Ebda.

47 Edith Stein: Probleme der Frauenbildung (1932), 1959, 154

48 Ebda.

49 Ebda.

50 Vgl. Hanna-Barbara Gerl: Alte (Unter)Ordnung, neue Aufgabe: die Öffnung der Kirche zur Frau, in: Anzeiger für die Seelsorge, Heft 2, Feb. i 1993, 48 f.; vgl. Waltraud Herbstrith: Rezension, in: Theologische Revue Nr. 4, Jg. 89, 1993, 294

51 Vgl. Oda Schneider: Vom Priestertum der Frau, 2. Aufl., Abensberg 1993 52 Ebda., 95

Aktive Sterbehilfe - Tötung auf Verlangen

Das geltende Recht verbietet Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) in jedem Falle. Es gibt jedoch Bestrebungen, dieses in mehr oder weniger begrenzten Ausnahmefällen zuzulassen. Solche Ausnahmefälle sollen z.B. schwere Leidenszustände sein, denen anders nicht beizukommen ist. Das ausdrückliche Verlangen des Leidenden soll Voraussetzung sein. So einleuchtend und human diese Bestrebungen auf den ersten Blick erscheinen mögen, so überwiegen doch gravierende Bedenken:

Menschliches Leben steht grundsätzlich nicht zur Disposition. Wer über menschliches Leben verfügt, muß vorher eine Wertung dieses Lebens vorgenommen haben, er muß taxiert haben, ob es sinnvoll ist, daß es weiterlebt wird oder nicht. Eine solche Taxierung aber entzieht sich prinzipiell menschlicher Kompetenz.

Wenn aus humanitären Gründen, um einen schweren Leidenszustand, der durch andere Maßnahmen nicht behoben oder gemildert werden kann und auf ausdrückliches Bitten des Leidenden eine Tötung auf Verlangen erwogen wird, muß neben den erwähnten prinzipiellen Gründen folgendes eingewandt werden:

Es gibt keine objektiven Kriterien für eine solche Entscheidung, nach denen sich der Handelnde richten könnte. So wird beispielsweise ein depressiver Patient schneller damit bei der Hand sein, bei einem schweren Leiden um Beendigung seines Lebens zu bitten, als ein psychisch Gesunder.

Schmerz oder Luftnot lassen dem Leidenden kaum die Möglichkeit, in nötiger Distanz über die Irreversibilität seines Verlangens nachzudenken.

Auf der Helferseite wird z.B. jemand mit religiöser Bindung wesentlich schwerer dazu zu bewegen sein, einen anderen zu töten, als ein religiös Ungebundener, der menschlichem Handeln alleinige Kompetenz zumißt.

Auf beiden Seiten, auf Helfer- und Patientenseite, ist eine Variabilität der Maßstäbe zum Handeln zu erwarten, die nicht hinnehmbar ist.

Die Möglichkeit eines Mißbrauchs ist nicht auszuschließen. Wenn z.B. jemand einen schwer pflegebedürftigen, leidenden Menschen lange pflegt, vielleicht unter Einsatz seiner gesamten Freizeit und unter Vernachlässigung eigener Interessen, kann die Straffreiheit der Tötung auf Verlangen ihn vielleicht dazu verleiten, dem Kranken die Aussichtslosigkeit seiner Situation klarzumachen.

Dem Leidenden selber kann alleine die Kenntnis der Tatsache, daß Tötung auf Verlangen unter den Bedingungen, die er möglicherweise erfüllt, erlaubt ist, ein schlechtes Gewissen verursachen.

In Kenntnis einer solchen Rechtslage kann er den Eindruck gewinnen, er sei es seiner Umgebung schuldig, angesichts der Belastung, die er verursacht, die erlösende Willenserklärung abzugeben.

Je mehr der Wert der Selbstbestimmung betont wird, desto mehr kann eine Erwartungshaltung in der Bevölkerung entstehen, wonach alle behin-

derten, unheilbar Kranken oder alten Menschen es für anständig halten müssen, um den Tod zu bitten. Wir lernen unser Leben zu taxieren, es einzuteilen in wertetes und unwertes Leben.

Nicht zuletzt können z.B. Krankenhausärzte in Bedrängnis kommen, wenn der Träger eines Krankenhauses bei der Einstellung von ihnen verlangt, dem Gesetz entsprechend bereit zu sein, aktive Sterbehilfe zu leisten.

Daß dies nicht nur eine finstere Vision ist, zeigt die teilweise geübte Praxis bei der Einstellung von Gynäkologen, wenn ihre Bereitschaft zur Durchführung von Abtreibungen vorausgesetzt wird.

Hierdurch können sich schwere Konflikte für den einzelnen Arzt ergeben angesichts der herrschenden Abtreibungspraxis (de-facto-Fristenregelung).

Der bewußtseinsbildende Effekt von Gesetzen kann nicht bestritten werden.

Wenn bei einer Gesetzesnovellierung Abstand genommen wird von bisher postulierten Grundsätzen und praktizierten Verhaltensweisen, bleibt im Bewußtsein der Bevölkerung möglicherweise nur das Fallen eines Tabus haften, die sorgfältig differenzierte Formulierung des Gesetzestextes geht unter. Das Signal, das von einer solchen Gesetzesänderung ausgeht, kann die fatale Wirkung haben: So absolut gilt das Tötungsverbot auch wieder nicht.

Solch eine negative Bewußtseinsänderung hat durch die Änderung des § 218 StGB tatsächlich stattgefunden. Obwohl der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch, den er nicht mehr »Tötung der Leibesfrucht« nannte, nur unter bestimmten Voraussetzungen straffrei ließ, blieb die Botschaft: Abtreibung ist erlaubt.

In einer Umfrage äußerten 70% der Befragten die irriige Auffassung, Abtreibung sei grundsätzlich erlaubt.

Die Forderung, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung zur Fristenlösung 1975 gestellt hat, daß eine Notlage so schwer sein muß, daß sie einer medizinischen Indikation gleichkommt, ist dagegen im Bewußtsein der Menschen und sogar in der Praktizierung des Gesetzes völlig verdrängt worden. Die klare Formulierung des Bundesverfassungsgerichts hat hieran nichts geändert, sie geht in der Eigendynamik der eingeleiteten Bewußtseinsänderung unter.

Ist es so weit hergeholt, wenn wir eine ähnliche Entwicklung bei der Sterbehilfe befürchten? Juristen mögen dies abtun. Der politisch Handelnde hat jedoch die Pflicht, diese Gefahr bei seinen Entscheidungen zu berücksichtigen.

Wenn ein Patient um seine Tötung bittet, muß gefragt werden, ob wirklich alles ausgelotet und unternommen wurde, um ihm anderweitig zu helfen und ihm personalen Beistand zu leisten.

Je mehr die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe ins Bewußtsein rückt als relativ aufwandsarme Problemlösung, desto größer ist die **Gefahr, daß die viel aufwendigere Mühe um die Leidensminderung verdrängt wird.**

So vermittelt die Erlaubnis einer Tötung auf Verlangen vordergründig den Eindruck einer Humanisierung des Strafrechts. Sie ist in Wahrheit inhuman. Sie ist geeignet, vom Wichtigsten in dieser Situation wegzuführen: von geduldiger menschlicher Zuwendung.

Nachdruck aus einer Informationsschrift der CDL. Mit freundlicher Genehmigung.

Bioethik-Konvention

Nachdem der Lenkungsausschuß Bioethik des Europarates lange Zeit im Verborgenen gewirkt hatte, gelangte sein Entwurf einer **"Konvention des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Bioethik-Konvention"** erstmals im Frühjahr 1994 an die Öffentlichkeit. Dies geschah aber keineswegs auf Veranlassung des Lenkungsausschusses, sondern durch eine "demokratische Indiskretion". Besonders durch die Arbeit der **"Internationalen Initiative gegen die geplante Bioethik-Konvention für Europa"**, dann durch die Beratungen der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, des Bundestages und des Bundesrates wurden Öffentlichkeit, Kirchen, Verbände und Medien wachgerüttelt.

Proteste riefen insbesondere hervor die vorgesehene Zulässigkeit von verbrauchender Embryonenforschung (in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten!) sowie die Zulässigkeit von Forschungseingriffen an nicht-zustimmungsfähigen Behinderten ohne Heilungsabsicht. Wichtige Fragen wie der Schutz ungeborener Kinder und ihrer Mütter vor Abtreibung sowie die Probleme der Organtransplantation waren gar nicht erst aufgegriffen worden, da man hier von vornherein keine Chance einer Einigung sah.

Der Lenkungsausschuß Bioethik hat seinen Entwurf dann im vergangenen Jahr überarbeitet, wiederum unter strengster Geheimhaltung. Der Entwurfstext vom 13. September 1995 gelangte wiederum erst durch eine "demokratische Indiskretion" im November an die Öffentlichkeit. Selbst gegenüber Abgeordneten des Deutschen Bundestages und des Europäischen Parlaments wurde seine Existenz offiziell verschwiegen. Eine öffentliche, der europäischen Demokratie würdige Diskussion wurde effektiv unterbunden.

Wie Hohn mutet dann der Artikel 26 des Entwurfes an, der festlegt, *"daß die sich durch die Entwicklungen in Biologie und Medizin ergebenden fundamentalen Fragen, insbesondere unter Berücksichtigung der relevanten medizinischen, gesellschaftlichen, ökonomischen, ethischen und rechtlichen Implikationen, zum Gegenstand einer angemessenen öffentlichen Diskussion gemacht und daß ihre mögliche praktische Anwendung zum Gegenstand geeigneter Beratungen gemacht werden."*

Die unter Ausschluß jeder "angemessenen öffentlichen Diskussion" entstandene neue Fassung der Bioethik-Konvention ignoriert die von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, vom Deutschen Bundestag, von Kirchen und Verbänden geäußerte schwere Kritik.

Entgegen dem ausdrücklichen Wunsch des Deutschen Bundestages, "keine Einfallstore für Eingriffe in unverletzliche Individualrechte" zu eröffnen, sind im neuen Entwurf noch detaillierter als vorher "Ausnahme"-Regelungen vorgesehen für Forschung an und Organentnahme von lebenden Personen, die nicht fähig sind, einem solchen Eingriff selbst zuzustimmen.

Der ausreichende Schutz einwilligungsunfähiger Personen vor mißbräuchlichen Eingriffen ist in der Neufassung keineswegs sichergestellt. Vielmehr gibt es Ausnahmeregelungen mit nebulösen Begründungen wie "einem beträchtlichen Nutzen" für ihre Gesundheit, oder wenn "Risiko und Belastung für den Betroffenen" nur "minimal" sind.

Solche Formulierungen lassen breiten Raum für fast beliebige Interpretationen. Denn: Wer definiert das "minimale Risiko" oder den "beträchtlichen Nutzen"? Wer kontrolliert im Einzelfall, ob Gestik und Gesichtsausdruck eines in ein Forschungsprojekt einbezogenen Behinderten, der dem nicht selbst zugestimmt hat, als Weigerung oder Abwehr zu verstehen sind - und dann zum Abbruch des Experiments führen müßten?

Weiterhin gestattet der Bioethik-Konventions-Entwurf vom 13. September 1995 die verbrauchende Forschung an menschlichen Embryonen, die etwa bei künstlicher Befruchtung "übrig" bleiben. In Großbritannien gestattet ein Gesetz ("Human Fertilisation and Embryology Act") solche Forschung beispielsweise zur Verbesserung der Präimplantationsdiagnostik und zur Erforschung von Familienplanungsverfahren.

Eine solche Bioethik-Konvention wäre nachteilig nicht nur für die betroffenen Menschen in den Staaten, die den Text unterzeichnen. Selbst wenn Deutschland nicht unterzeichnete, würde ein Druck erzeugt, der die strengere deutsche Gesetzgebung auf lange Sicht hin untergräbt.

Wir wehren uns gegen eine Konvention, die bisher anerkannte individuelle Grundrechte aufweicht. Wir sind gegen weit interpretationsfähige Sonder- und Ausnahmeregelungen für nicht-zustimmungsfähige Menschen. Das darf nicht wieder in Deutschland zugelassen werden und nicht für Europa festgeschrieben werden.

Wir fordern Bundestag und Bundesregierung auf, klar und deutlich zu sagen, daß Deutschland eine solche Konvention niemals unterzeichnen wird.

Christdemokraten für das Leben e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Haus Laer, 59872 Meschede
Telefon 02 91 - 22 61, Fax 02 91 - 61 91

Stellungnahme

zur Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage "Tötung ungeborener Kinder, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht" vom 27. Juni 1996

Auf die Kleine Anfrage "Tötung ungeborener Kinder, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht" ist den CDU/CSU-Abgeordneten Hubert Hüppe, Monika Brudlewsky, Norbert Geis und weiteren 74 Abgeordneten aus der Unionsfraktion eine ausführliche Antwort der Bundesregierung zugegangen.

Die fragstellenden Abgeordneten nehmen mit ihrer Kleinen Anfrage die Beobachtungspflicht wahr, die das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber auferlegt hatte. Bei erkannten Mängeln des Schutzkonzeptes hätte dann der Gesetzgeber die Pflicht zur Nachbesserung. Denn mit der Einführung der sogenannten "Beratungsregelung", verknüpft mit einer medizinischen und einer kriminologischen Indikation (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz - SFHÄndG - vom 21. August 1995), trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 klargestellt hat, die Verpflichtung, "die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzeptes im Auge zu behalten (Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht)" (BVerfGE 88, 269). Bei erkannten Mängeln ist der Gesetzgeber verpflichtet, auf deren Beseitigung sowie die "Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)" (BVerfGE 88 309)

Einen Wechsel im Schutzkonzept hat der Gesetzgeber auch bei der bisherigen eugenischen/embryopathischen Indikation vollzogen, für die bis zum Inkrafttreten des SFHÄndG eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, und deren Fallkonstellationen nunmehr in der zeitlich unbefristeten medizinischen Indikation aufgefangen werden. Hier gilt daher gleichermaßen - insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Grundgesetz verankerten Verbotes einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung - eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht.

Die Bundesregierung nimmt in der vom Familienministerium erarbeiteten Antwort Stellung zu den insgesamt 31 Fragen, die sich mit der Abtreibungsstatistik, den angewandten Abtreibungsmethoden sowie mit der Selektion und Tötung Behinderter vor der Geburt befassen.

Unzulängliche Erfassung der Abtreibungsrealität

Zwar kann das Statistische Bundesamt detailliert aufgeschlüsselte Zahlen vorweisen, die zunächst

den Eindruck sorgfältig registrierter und verlässlicher Daten vermitteln. Dabei räumt die Bundesregierung aber an verschiedenen Stellen ein, daß eine exakte Beobachtung des tatsächlichen Geschehens unter den derzeit gegebenen Regelungen gar nicht möglich ist. Eine solche Beobachtung wäre jedoch unabdingbare Grundlage für die Kenntnis des Abtreibungsgeschehens und Ausgangspunkt für notwendige Nachbesserungen.

Die unzulänglichen Beobachtungsmöglichkeiten beginnen mit der statistischen Erfassung der vorgenommenen Abtreibungen. Ende Juli 1996, so die Bundesregierung, "liegen die Daten für das erste Quartal 1996 noch nicht vor", und "die ersten Ergebnisse werden im vierten Quartal 1996 bereitstehen". Dies wird im wesentlichen damit begründet, daß es Umstellungsschwierigkeiten gebe, auch sei "eine erhebliche Anzahl von Erinnerungen der Einrichtungen an die Meldepflicht erforderlich" geworden (Antwort zu Frage 2).

Letzteres erstaunt, wenn man bedenkt, daß sicher die weitaus überwiegende Anzahl der "Einrichtungen" auch bislang schon einer solchen Meldepflicht unterlegen hatten. Nur die Melde-Modalitäten hatten sich mit dem 1. Januar 1996 (geringfügig) geändert, nicht aber der Sachverhalt einer grundsätzlichen Meldepflicht. Die von der Bundesregierung angeführten "Verbesserungen" sind allenfalls marginal. Die besonders ("insbesondere") betonten Hilfsmerkmale entpuppen sich bei einem Blick in § 17 SchKG als "Name und Anschrift der Einrichtung" sowie eine Telefonnummer für Rückfragen, deren Angabe freiwillig ist (§ 18 Abs. 2 SchKG). Während die Anschrift der "Einrichtung" eine bare Selbstverständlichkeit ist, wobei deren Telefonnummer ggf. auch über die Telefonauskunft in Erfahrung zu bringen wäre, stellt sich die Frage, inwieweit aufgrund telefonischer Nachfrage überhaupt zuverlässige, überprüfbare und somit verwertbare Erkenntnisse gewonnen werden können.

Es mag sein, daß - wie in der Antwort zu Frage 1 gesagt wird - die "zentralen Beratungsträger teilweise über einschlägige Erkenntnisse" verfügen. Der "Hauptberatungsträger" Pro Familia jedenfalls behält seine "einschlägigen Erkenntnisse" weitgehend für sich: im Gegensatz etwa zu den katholischen Beratungsträgern gibt Pro Familia nach mündlicher Auskunft des Familienministeriums keine Erhebungen über Zahl der Beratungen und den Ausgang der Schwangerschaften heraus. Dem Bundesfamilienministerium ist schlichtweg unbekannt, wieviele §-218-Beratungen mit welchem Ausgang der Schwangerschaft Pro Familia durchführt. Bekannt hingegen ist dort, daß Pro Familia auch heute noch die Gelder aus der Bundesstiftung "Mutter und Kind" nicht an ratsuchende Frauen vermittelt, sondern die Frauen lediglich an

andere, meist konfessionelle, Beratungsstellen verweist, die dann ihrerseits die Stiftungshilfen vermitteln.

Aber die Beratungsstellen wissen selbst nur wenig über den Ausgang der Schwangerschaft. Der zur Zeit aktuellsten verfügbaren Erhebung der Caritas (14. Erhebung: Werdende Mütter in Not- und Konfliktsituationen in katholischen Beratungsstellen, Zeitraum 1992) ist zu entnehmen, daß im Jahre 1992 von katholischen Beratungsstellen 12.528 §-218-Beratungen durchgeführt und dabei 8.488 Beratungsscheine ausgestellt wurden, wobei in der Mehrzahl der Fälle, 7.429 mal (59,3%) der Ausgang der Schwangerschaft unbekannt blieb. Hierzu führt die Caritas aus: "Definitionsgemäß ist in der Zahl 'Ausgang unbekannt' mit 59,3% ein hoher Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen" (Caritas: 14. Erhebung ..., S. 71).

"Einrichtungen" zur Vornahme von Abtreibungen unvollständig erfaßt

Laut Bundesstatistik (Antwort zu Frage 2) findet ein Drittel der Abtreibungen in Krankenhäusern statt, über die "grundsätzlich ein guter Überblick" bestehe (Antwort zu Frage 4 und 5). Doch falls einmal Unklarheit bestünde: wird die laut Bundesregierung "in Betracht" kommende "direkte Befragung der Krankenhäuser" tatsächlich durchgeführt, und welche gesetzliche Handhabe würde dies garantieren?

Über die "weiteren Einrichtungen", in denen zwei Drittel und damit der überwiegende Teil aller Abtreibungen stattfinden (vgl. Tabelle in Antwort zu Frage 2), bestehen weder bundeseinheitliche noch vollständige "Erkenntnisse". Unter diese "Einrichtungen" fallen ärztliche Praxen, in denen neben ärztlichen Heilbehandlungen auch Abtreibungen vorgenommen werden, Praxen wie die des Münchner Abtreibungsarztes Stapf, in denen ausschließlich abgetrieben wird, sowie die sogenannten "Familienplanungszentren" der Pro Familia. § 13 SchKG verzichtet auf eine bundeseinheitliche Zulassungspflicht für solche "Einrichtungen", und der Antwort zu Fragen 4 und 5 ist weiterhin zu entnehmen, daß eine Zulassungspflicht in den Ländern nur "teilweise" besteht bzw. "eingeführt werden soll". In Einzelfällen gebe es Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Über die Möglichkeit, daß Einrichtungen nicht erfaßt wurden (Frage 6), kann die Bundesregierung keine Auskunft geben.

Mangels hinreichender anderer Erkenntnisse über Abtreibungseinrichtungen hat das Statistische Bundesamt die Landesärztekammern um die Anschriften aller Gynäkologen ersucht. Dabei wurde offensichtlich außer acht gelassen, daß auch Ärzte, die keine Fachärzte für Frauenheilkunde sind (wie beispielsweise der Münchner Arzt Friedrich Stapf), dennoch Abtreibungen vornehmen. Der Sächsische Datenschutzbeauftragte hatte diesen Sachverhalt in der Presse dargestellt (FAZ 29.04.1996). Die Sächsische Landesärztekammer hat sogar unter Berufung auf den Datenschutz die Weitergabe der Adressen aller Gynäkologen ver-

weigert. Dennoch wurden auch für Sachsen Abtreibungsdaten erhoben und in der Bundesstatistik mitaufgeführt, die aber offensichtlich lückenhaft sein müssen (vgl. Antwort zu Frage 7).

Die Bundesregierung weicht der Frage nach gesetzgeberischem Handlungsbedarf (Frage 5) insofern aus, als sie sich darauf zurückzieht, dieser Handlungsbedarf werde "in den Ländern ... unterschiedlich beurteilt". Die bayerische Staatsregierung hat dabei den vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts gewiesenen Weg eingeschlagen, ähnliche Vorschläge haben sächsische Unionspolitiker gemacht. Dagegen versäumen hier gerade SPD-geführte Landesregierungen ihre Pflicht zum Schutz des Lebens Ungeborener und zur sachgemäßen Beobachtung der Abtreibungsrealität, deren Vertreter sich in jüngster Zeit besonders lautstark über den bayerischen angeblichen "Sonderweg" ereifern. Es gehört zu den Unverständlichkeiten der Abtreibungsdebatte, daß gerade diejenigen, die das "Beratungskonzept" wegen seiner angeblich besseren Schutzwirkung für Ungeborene preisen, keinen ernsthaften Willen erkennen lassen, zur Erhebung verlässlicher Daten beizutragen.

Angesichts der verfassungsrechtlich gebotenen zuverlässigen Beobachtung des Abtreibungspraxis ist hier aber ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf absolut zu bejahen. Ein unmittelbarer Ansatzpunkt ist die Ergänzung von § 13 SchKG um eine bundeseinheitliche Zulassungspflicht von Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen wie in Bayern. Wurde hierauf verzichtet, so mußte zwangsläufig der Eindruck entstehen, daß Möglichkeiten der Gewinnung zuverlässigerer Daten von vornherein unterbunden bleiben sollen. Das in der Antwort der Bundesregierung offenbar gewordene Untätigbleiben der Länder verpflichtet den Bundesgesetzgeber nun hier tätig zu werden.

Auch über die Zahl der über die Krankenkassen abgerechneten nicht-indizierten bzw. indizierten Abtreibungen (Fragen 9 bzw. 10) ist laut Bundesregierung derzeit kein Aufschluß möglich, da entsprechende Angaben "im Rahmen der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung" nicht gesondert erfaßt werden. Dies wäre gleichwohl abrechnungstechnisch durchaus möglich und als Instrument der Beobachtung der Praxis auch dringend geboten, gerade auch angesichts der Unzulänglichkeit anderer Beobachtungsinstrumente. Auch werden auf Landesebene schließlich "Erkenntnisse der ... Krankenkassen berücksichtigt" (Antwort zu Frage 1). Verwertbare Erkenntnisse liegen also bei den Versicherern vor, wobei die privat abgerechneten Abtreibungen noch unberücksichtigt sind.

Was in welcher Form in der - immerhin gut fünfhundert Seiten starken - Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszuweisen ist, regelt das Bundesgesundheitsministerium "durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates" nach § 78 SGB IV. Es ist daher zu fordern, daß dementsprechend die Anlage zu § 25 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV), die den Kontenrahmen für die Finanz-

Statistik der GKV's definiert, so geändert wird, daß die Ausgaben der GKV für Schwangerschaftsabbrüche zukünftig erfaßt werden.

Weitere Erkenntnisse liegen bei den Landesbehörden vor, die nach § 4 des "Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen" dafür zuständig sind, "den gesetzlichen Krankenkassen die ihnen durch dieses Gesetz entstehenden Kosten" für nicht-indizierte Abtreibungen nach der "Beratungsregelung" bzw. in wenigen Fällen für "nicht rechtswidrige" Abtreibungen zu erstatten. Diese Daten müssen erhoben und für den Gesetzgeber zur Wahrnehmung der Beobachtungspflicht bereitgestellt werden.

Momentan jedoch gibt es kein bundeseinheitliches, flächendeckend zuverlässiges System der statistischen Erfassung von Abtreibungen. Dies ist das Resümee der Antwort der Bundesregierung zu diesem Fragebereich. Somit läßt sich die versprochene Wirksamkeit des "Schutzkonzeptes" für ungeborene Kinder derzeit nicht verifizieren.

Eugenische Abtreibungen im Rahmen der erweiterten medizinischen Indikation

In Beantwortung von Frage 11 (Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte nach Wegfall der auf 22 Wochen befristeten embryopathischen Indikation) verweist die Bundesregierung zunächst auf die zu Frage 1 gemachten Ausführungen. Der dortige erste Teil (Aufzeichnungen der Beratungsstellen) ist offensichtlich für die Beobachtung in diesem Bereich untauglich, da nämlich für die medizinische Indikation und die in ihr "aufgefangenen Fallkonstellationen" der sogenannten embryopathischen Indikation keinerlei Beratungspflicht und somit auch keinerlei Vorschriften für Beratungsstellen existieren.

Als ebenso untauglich erweist sich der Hinweis auf die Bundesstatistik, da diese einerseits selbst unzulänglich ist und da andererseits eine Behinderung des abgetriebenen Kindes mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation kein eigenes Erhebungsmerkmal mehr darstellt, wie aus der Antwort der Bundesregierung zu Frage 12 hervorgeht. Diesem eingestandenen Verlust einer Beobachtungsmöglichkeit in der Bundesstatistik steht der angebliche Gewinn gegenüber, klargestellt zu haben, daß ungeborene Menschen mit Behinderung "keinem Sonderstatus unterworfen" seien.

Daß der Wegfall der embryopathischen Indikation tatsächlich diese Klarstellung bewirkt habe, muß leider auch bezweifelt werden. So hat bereits in der Bundestagsplenardebatte zum § 218 vom 29. Juni 1995 der damals zuständige Sprecher der FDP, Heinz Lanfermann, zur embryopathischen Indikation ausgeführt: "Jede Spekulation, daß sich in der Praxis für die betroffenen Frauen, für die betroffenen Eltern etwas ändern würde, scheint meiner Ansicht nach falsch zu sein" (Plenarprotokoll 13/47, S. 3761 D).

"Durch die Formulierung des § 218 a Abs. 2 können diese Fallkonstellationen aufgefangen werden", hieß es in der Begründung des SF-HÄndG zu § 218 a Abs 2 und 3. Zwar rechtfertigt danach nicht allein die Behinderung des Kindes seine Abtreibung, doch genügt die eben daraus abgeleitete "unzumutbare Belastung" für die Schwangere. Es wird also nur der "Umweg" über die Unzumutbarkeit konstruiert, doch das Resultat für das Kind - seine rechtmäßige Tötung - bleibt dasselbe. Jede Spekulation, daß sich - abgesehen vom Entfallen der bisherigen 22-Wochen Frist - etwas geändert haben könnte, scheint falsch zu sein.

Daneben existieren unabweisbar Berichte von Ärzten, die aussagen, daß die Bereitschaft eine Behinderung zu akzeptieren aufgrund eines "vermeintlichen Anspruches 'Ich kann diese Schwangerschaft zu jeder beliebigen Zeit beenden'" zurückgeht (so der Münchner Pränataldiagnostik-Spezialist Karl-Philip Gloning, zitiert in der WELT vom 16.02.1996). Schon vergleichsweise leichte und ggf. behebbare Behinderungen wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (sogenannte "Hasenscharte") ließen den Wunsch nach einer Abtreibung aufkommen. Diese Erkenntnis (vgl. Antwort zu Frage 13) liegt der Bundesregierung nicht vor. Auch, so Gloning weiter, seien viele Mediziner irritiert, ob sie nicht auch im späten Stadium der Schwangerschaft auf die Abtreibungsmöglichkeit hinweisen müßten.

Daß, wie die Bundesregierung weiter zu Frage 11 antwortet, die Dokumentationspflicht des Arztes der Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte diene, ist abstrakte Theorie. Insbesondere die Einsichtnahme von Strafverfolgungsbehörden in ärztliche Patientendokumente ist unrealistisch - schon angesichts der extremen Seltenheit von Strafverfahren im Zusammenhang mit § 218. Daher ist aufgrund der Tragweite solcher ärztlicher Entscheidungen zusätzlich zu fordern, daß in den Meldungen für die Bundesstatistik die medizinische Indikation dahingehend differenziert werden muß, ob sie mit einer Behinderung oder vorgeburtlichen Schädigung des Kindes in Zusammenhang steht. Hierzu bedarf es einer Ergänzung von § 16 SchKG.

Ausdrücklich begrüßenswert ist die Klarstellung durch die Bundesregierung (Antwort zu Frage 13), "daß die medizinische Indikation ... äußerst streng gestellt und auf Fälle beschränkt werden soll, in denen das Leben der Mutter in Gefahr ist". Diese Auffassung in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen mit allem Nachdruck zum Tragen zu bringen, entspricht auch der in Leitsatz 10 des Verfassungsgewichtsurteils angesprochenen Verpflichtung des Staates, "... den rechtlichen Schutzanspruch des ungeborenen Lebens im allgemeinen Bewußtsein zu erhalten und zu beleben".

Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit von ärztlichen Mitteilungen, Indikationsstellungen und von Angaben zum Alter des ungeborenen Kindes (vgl. Antwort zu Frage 13) wird allerdings stark erschüttert, wenn abtreibende Ärzte etwa folgenden Bericht in einem Standardwerk publizieren: "Der Fetus wies

in der rechnerisch 30. Schwangerschaftswoche einen biparietalen Durchmesser auf, der dem der 24. Schwangerschaftswoche entsprach, während der Thoraxdurchmesser bei bestehendem Oligohydramnion noch kleiner war. Dieser Fetus wies außerdem eine pathologische Herzaktion auf. Nach Besprechung mit den Eltern und einer Gruppe von Menschen, die gewillt waren, zur Entscheidung beizutragen, haben wir uns entschlossen, eine Schwangerschaftsdauer von nur 24 Wochen anzunehmen und die Schwangerschaft abzuberechnen. Durch die schwammige Formulierung des Gesetzes war dies bei extremer Auslegung möglich." (Fritz K. Beller: Rechtliche und ethische Aspekte der pränatalen Diagnostik, in Wolfgang Holzgreve [Hrsg.]: Pränatale Medizin, Springer-Verlag 1987, S. 141 -149).

Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch

In Beantwortung von Frage 14 bleibt die Bundesregierung eine Auskunft über den etwaigen Einsatz öffentlicher Mittel zur Förderung von pränataler Diagnostik schuldig. Zuletzt hatte das Bundesforschungsministerium 1984 - trotz der damaligen mittelfristigen Haushaltssperre - invasive pränatale Diagnostik gefordert, dies sei nach deren gutem Anlaufen später nicht mehr nötig gewesen. Unterlagen darüber sind nach Auskunft des heutigen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie nicht mehr verfügbar, sie seien beim Umzug verloren gegangen.

Trotz der einschränkenden Anmerkung in der Antwort der Bundesregierung (zu Fragen 17 und 18) ist ein stetiger Rückgang der lebendgeborenen Kinder mit Spina bifida und Down-Syndrom sowohl in absoluten als auch relativen Zahlen erkennbar.

Insbesondere beim Down-Syndrom legt die von der Bundesregierung (Antwort zu Frage 16) zunächst genannte Häufigkeit von 1:600 Neugeborenen, d.h. 167:100.000, im Vergleich zu den Angaben in der Antwort zu Frage 18 (1990 8,7:100.000) die Frage nahe, was mit den fehlenden Kindern geschehen ist.

Das Statistische Jahrbuch 1995 gibt für 1990 905.675 Lebendgeborene an. Darin mußten bei einem Anteil von 1:600 über 1.500 Kinder mit Down-Syndrom enthalten sein. Tatsächlich werden (Antwort zu Frage 18) nur 63 Kinder mit Down-Syndrom genannt. Die in der Statistik fehlenden über 1.400 Kinder sind mit Sicherheit nicht nur auf Mangel der statistischen Erfassung zurückzuführen.

Im Gegenteil weisen erfahrene Medizinerinnen und Mediziner darauf hin, daß bei pränatal diagnostiziertem Down-Syndrom zu 90 % abgetrieben wird (vgl. auch Schlingensiepen-Brysch, in Zeitschrift für Rechtspolitik 1990, S.25; Zahn: Zur Technik der Chorionzottenbiopsie, in Kinderkrankenschwester 1989, S. 110; Karkut u.a.: Erfahrungen mit der transzervikalen Chorionzottenbiopsie, in Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1989, S. 701; Frosterlakenius u.a., Chorionzottenpunktion, in Zentralblatt für Gynäkologie 1988, S. 146). Dies würde

sich auch mit den von der Bundesregierung genannten Zahlen decken.

Ähnliches gilt bei Spina bifida, für die in der medizinischen Fachliteratur eine Häufigkeit von 1 bis 2:1.000 Geburten genannt wird (vgl. das Standardwerk von Karl-Heinz Niessen [Hrsg.]: Pädiatrie, VCH-Verlag Weinheim 3. Aufl. 1993; Prof. Niessen ist Direktor der Universitätskinderklinik Mannheim). Nun wurden laut Antwort der Bundesregierung (zu Frage 17) im Jahre 1990 nur 56 Kinder mit Spina bifida geboren. Jedoch hätten unter den 905.675 Lebendgeborenen zwischen 910 und 1820 Kinder mit Spina bifida sein müssen. Auch hier liegt wohl nicht nur eine statistische Untererfassung vor.

Eine solche besorgniserregende Entwicklung würde jedenfalls mit Einstellungen von Humangenetikern korrespondieren, von der Nippert/Horst berichten (Nippert, I.; Horst, J.: Die Anwendungsproblematik der pränatalen Diagnose aus der Sicht von Beratern und Beratern unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftig möglichen Nutzung genetischer Tests, TAB Hintergrundpapier Nr. 2, Gutachten im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Januar 1994; hier: Tab. 11 auf Seite 112). Die Fragestellung "Angenommen, es stünde ein sicherer, verlässlicher und kostengünstiger Test technisch zur Verfügung, um die folgenden Störungen zu diagnostizieren - bei welchem Test würden Sie es gerne sehen, wenn er zusammen mit der Option eines Schwangerschaftsabbruchs für betroffene Schwangere verfügbar wäre?" wurde für Down-Syndrom von 53%, für Spina bifida aperta von 74% der deutschen Humangenetiker bejaht. Die Frage, ob sie selbst eine Abtreibung vornehmen lassen würde, hätte ihr eigenes ungeborenes Kind eine schwere offene Spina bifida, bejahten 90,4% der Humangenetiker, bei Down-Syndrom 69,6% (Nippert, I.; Horst, J. a.a.O.; hier Tab. 56).

Für die von Nipper/Horst ebenfalls in der genannten Studie befragten betroffenen Frauen traf die Aussage "Ich habe mich für die vorgeburtliche Untersuchung entschieden, weil ich es nicht für verantwortlich halte, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen" für 38,9% "völlig" zu, und für 32,9% "mit Einschränkung" zu. (ebd., Tab. 30). Ähnlich die Zustimmung zu "weil ich einem behinderten Kind nicht zumuten wollte, geboren zu werden": für 43,3% traf dieser Grund "völlig", für 33,3% "mit Einschränkung" zu (ebd., Tab. 31).

Deutsche Genetiker wurden zu 42% einer Frau, bei deren Fötus in der 23. Schwangerschaftswoche ein Down-Syndrom diagnostiziert wurde und die im Lande nicht legal abtreiben konnte, eine Überweisung ins Ausland anbieten. Dies ist einer bei der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik am 24. Mai 1995 - vor Inkrafttreten des SF-HÄndG - in Berlin vorgestellten Umfrage über ethische Ansichten von Genetikern zu entnehmen (Dorothy C. Wertz: Ethical Views of European and Non-European Geneticists: Results of an International Survey. Presented at the European Society of Human Genetics, Berlin, May 24, 1995; Frau Wertz ist Senior Scientist, Social Science, Ethics and Law am The Shriver Center for Mental Retardation, Waltham, MA 02254, USA; hier: Table 32

A). Es liegt deshalb nahe zu fragen, wie sich diese 42% heute verhalten würden, da ja die 22-Wochen-Frist mit der eugenischen Indikation entfallen ist.

Vorgeburtliche Geschlechtswahl

Weiterhin wurde den Genetikern eine Frage zur pränatalen Geschlechtswahl gestellt: Eheleute mit vier Töchtern wünschen sich einen Sohn. Einen weiblichen Fötus würden sie abtreiben. Befragt, ob sie in diesem Fall die Pränataldiagnostik durchführen würden, antworteten im Jahre 1985 2% der deutschen Humangenetiker mit "ja", im Jahre 1994 wurde dieselbe Frage bereits von 18% mit "ja" beantwortet (Dorothy C. Wertz, a.a.O. Table 13 A). Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Verbots der Geschlechtswahl durch Abtreibung. Ein solches Verbot fehlt noch, und dies, obwohl es vom Bundesverfassungsgericht unmißverständlich gefordert worden war: "Außerdem muß die Verpflichtung ... keine Mitteilungen über das Geschlecht des zu erwartenden Kindes zu machen, strafbewehrt sein" (Urteil vom 28.05.93, Grunde D V2c).

Mit einer damals noch fiktiven genetischen Störung, genetisch bedingtem Übergewicht, versuchten Nippert/Horst in der TAB-Studie zu klären, inwieweit eine pränatal diagnostizierte Veranlagung zu Übergewicht noch tolerabel bzw. ein Grund zur Abtreibung sein könnte. 18,9% der befragten 1157 Frauen gab an, selbst bei einem solchen - vergleichsweise harmlosen - Befund abtreiben zu wollen, weitere 36,0% wurden zwar persönlich deswegen nicht abtreiben, finden aber, daß in diesen Fällen Abtreibung möglich sein sollte. Somit sieht eine Mehrheit von 54,9% in Übergewicht einen "akzeptablen Grund" zu eugenischer Abtreibung (Nippert, I.; Horst, J. a.a.O.; hier S. 105). Das für eine Veranlagung zu Übergewicht verantwortliche Gen wurde mittlerweile identifiziert (dpa-Meldung vom 04.06.1996).

Diese Beispiele zeigen, daß jedenfalls eine latente Bereitschaft zu pränataler Selektion durch Abtreibung sowohl in der Durchschnittsbevölkerung als auch in Fachkreisen durchaus vorhanden ist. Dies muß der Gesetzgeber zur Kenntnis nehmen und Maßnahmen ergreifen, um einer um sich greifenden Eugenik rechtzeitig vorzubeugen. Das bedeutet, daß ein Katalog zu erstellen ist, welche Befunde über das ungeborene Kind überhaupt pränataldiagnostisch erhoben und weitergegeben werden dürfen, zumal die Verletzung des "informationellen Selbstbestimmungsrechts" des Kindes zu seinem Tode führen kann.

Kosten-Nutzen-Abwägungen zum Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen

Der Bundesregierung sind die Arbeiten von Stackelberg (Dissertation 1980) und Passarge (1979), die Kosten-Nutzen-Analysen anstellen und dabei den Aufwendungen für rechtzeitige pränataldiagnostische Erfassung und nachfolgende Abtreibung behinderter Kinder die Kosten für Betreuung, Therapie und Rehabilitation gegenüberstellen, un-

bekannt. Zudem seien sie schon 16 bis 17 Jahre alt (Antwort zu Frage 19).

Passarge und Rüdiger befürworten einen konsequenten Einsatz von Pränataldiagnostik zur "Prävention" von Kindern mit Down-Syndrom, denn "durch primäre Pränataldiagnostik bei allen Müttern ab 38 Jahren würden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland die Kosten dieser Untersuchung nur etwa 1/4 der erforderlichen Aufwendungen zur Pflege der Kinder mit Trisomie 21 betragen. In absoluten Zahlen standen Aufwendungen für die Pflege der Kinder von jährlich rund DM 61,6 Mill. den Aufwendungen für ihre Prävention in Höhe von rund DM 13,5 Mill. gegenüber. Dies wurde bei einer Kosten/Nutzen-Relation von 0,25 jährlich eine Einsparung von rund DM 48 Mill. bedeuten" (Passarge, E. und Rüdiger, W.: Genetische Pränataldiagnostik als Aufgabe der Präventivmedizin. Eine Kosten/Nutzen-Analyse, Enke-Verlag 1979, S. 23). Diese Kosten/Nutzen-Bewertung von Menschen mit Behinderung ist keineswegs eine krasse Außenseitermeinung, die weitgehend unbeachtet geblieben wäre. Die Arbeit von Passarge und Rüdiger wurde vielmehr mit dem Hufeland-Preis der Colonia-Versicherung ausgezeichnet. Professor Eberhard Passarge ist seit 1976 Leiter des Instituts für Humangenetik der Universität Essen, und er war bis vor einem Jahr Präsident der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik.

Stackeiberg stellt in seiner Dissertation ähnliche Überlegungen an: "In einer Zeit der knappen werdenden öffentlichen Mittel muß überlegt werden, ob es nicht billiger ist, das Leben behinderter Kinder zu verhindern... Der öffentliche wie auch der private Wohlstand steigt, wenn es keine behinderten Kinder mehr gibt" (Hans Heinrich Freiherr von Stackeiberg: Probleme der Erfolgskontrolle präventivmedizinischer Programme - dargestellt am Beispiel einer Effektivitäts- und Effizienzanalyse genetischer Beratung, Inaugural-Dissertation zur Erlangung der wirtschaftswissenschaftlichen Doktorwürde, Marburg 1980). Auch diese Arbeit blieb nicht unbeachtet. Stackeiberg erhielt am 25. November 1981 den vom Bundesheute Minister für Arbeit und Sozialordnung ausgeschriebenen Gesundheitsökonomiepreis, die Laudatio hielt die damalige Parlamentarische Staatssekretärin Anke Fuchs (SPD) (Sozialpolitische Informationen, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 04.12.1981; sowie: Marburger Dissertation errang 1. Preis. Arbeit eines Volkswirtschaftlers über genetische Beratung ausgezeichnet, in: Marburger Universitäts-Zeitung 10.12.1981).

Ähnliches diskutierte 1985 ein Beitrag in einer renommierten gynäkologischen Fachzeitschrift: "Es ist evident, daß die Versorgung eines auf Dauer nicht lebensfähigen, schwer mißgebildeten Kindes somatisch und psychisch, pflegerisch und finanziell einen unvergleichlich höheren Kostenaufwand erfordert, als diese intensive Diagnostik und der daraus eventuell resultierende frühzeitige Schwangerschaftsabbruch" (Schneider, J.: Kosten-Nutzen-Qualität; in: Archives of Gynecology and Obstetrics (1985) 507-515; zit. n. Katrin Meise: Pränatale Diagnostik und die Nichtbehandlung schwerstbehinderter Neugeborener in ihren Auswirkungen auf das Lebensrecht behinderter Kinder. Eine biblio-

graphische Übersicht über medizinische Fachzeitschriften und in Ausnahmefällen einschlägige Fachbücher von 1981-1991, exemplarisch dargestellt an der BRD, Großbritannien und den USA. Schriftliche Hausarbeit, 21.04.1992, vorgelegt im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für das Lehramt für Sonderpädagogik; Seminar für Sondererziehung und Rehabilitation der Körperbehinderten, Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln).

An der Universitätskinderklinik Greifswald in der ehemaligen DDR wurde in Bezug auf Spina bifida diskutiert, wenn man "die schwerwiegenden Folgen für die Entwicklung von Kindern mit Meningomyelozenen, den erheblichen Aufwand für die Rehabilitation dieser Patienten einschließlich der Belastung für die betroffenen Familien" bedenke, so gewinne die Prävention durch pränatale Erfassung und "Intervention durch Abbruch der Schwangerschaft" an Bedeutung (Jahrig, K.; Wuchner, U.: Inzidenz der Spina bifida occulta bei Angehörigen von Kindern mit Myelodysplasie; in: Zentralbl. Gynäkolog. 107 (1985) 821-826; zit. n. Katrin Meise, a.a.O.)

Es ist zu begrüßen, daß derartige Überlegungen die Entscheidungen der Bundesregierung nicht beeinflussen (Antwort zu Frage 19). Dennoch ist das Kosten-Nutzen-Denken in Bezug auf Behinderungen nicht aus der Welt. Das zeigt deutlich der Fall der Osteroder AOK, die vor einem Jahr eine Klage vor dem Landgericht Göttingen gegen einen Gynäkologen angestrengt hatte, weil dieser eine Behinderung eines Ungeborenen so spät diagnostiziert hatte, daß die Frist von 22 Wochen für die damals noch geltende eugenische Indikation überschritten war. Eine Abtreibung war daher nicht mehr möglich.

Die AOK wollte den Arzt für ihren Schaden haftbar machen, der durch die lebenslange Betreuung des Kindes entstehe und durch rechtzeitige Abtreibung vermeidbar gewesen wäre (vgl. Fritsch, U.; Muhlhaus, K.: Pränataldiagnostik und Regreß. Spiegel unseres Menschenbildes, in: Niedersächsisches Ärzteblatt 9/1995). Offenbar existiert ein Gedankengut, das in der Vermeidung Nicht-Gesunder ein legitimes Anliegen einer "Gesundheitskasse" sieht.

Solche Befürchtungen werden auch gestützt durch die Aussage von Medizinern der Würzburger Universitäts-Frauenklinik, die in einer aktuellen Fachpublikation über 95 Abtreibungen im zweiten und dritten Schwangerschaftsdrittel (15. bis 31. Schwangerschaftswoche) berichten, die "zumeist aufgrund einer embryopathischen Indikation" erfolgten; "Die Anzahl an vorzeitigen Schwangerschaftsbeendigungen nach dem ersten Trimenon durfte aufgrund der Intensivierung der Pränataldiagnostik in Zukunft weiter zunehmen." (Müller, T.; Backe, J.; Rempen, A.: Vorzeitige Schwangerschaftsbeendigung im II. und III. Trimenon; in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 56 (1996), Mai 1996, S. 234-238)

Abtreibungsmethoden bei späten Schwangerschaftsabbrüchen und Überleben des Kindes

Besonders wertvoll und erfreulich ist die Klarstellung durch die Bundesregierung, das "Ziel der Behandlung" bei vorzeitiger Schwangerschaftsbeendigung "darf jedoch nicht die Tötung des Kindes sein" (Antwort zu Frage 21).

Einer solchen Klarstellung bedarf es umso mehr, als auch in Fachpublikationen von renommierten Experten die gegenteilige Auffassung verbreitet wird. So stellt Professor Fritz K. Beller, seinerzeit geschäftsführender Direktor des Zentrums für Frauenheilkunde der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, im Standardwerk "Pränatale Medizin" (Hrsg. von Wolfgang Holzgreve, Springer-Verlag 1987) unter Berufung auf eine Entscheidung des Bundesgerichtshofes die Tötung des Kindes als Ziel des Eingriffes dar: "Danach ist die Ermöglichung des Überlebens eines Fetus nach einem versuchten Abbruch als rechtswidrig bezeichnet worden.... Wenn diese Überlegungen des Bundesgerichtshofes auf die 15. Schwangerschaftswoche und darüber hinaus übertragen werden - und es besteht kein ersichtlicher Grund, das nicht zu tun -, dann kann sich der unterbrechende Arzt nicht mehr auf die abtötende Kraft der Wehen verlassen, die mitunter versagt, denn das Überleben des Kindes nach induziertem Abort, z.T. abhängig von der verwandten Methode, im 2. Trimenon ist in etwa 1 % zu erwarten. Damit wird der Fetocid verlangt, d.h. das Abtöten des Fetus vor der Einleitung" (Fritz K. Beller: Rechtliche und ethische Aspekte der pränatalen Diagnostik, in Wolfgang Holzgreve [Hrsg.]: Pränatale Medizin, Springer-Verlag 1987, S. 141-149).

Abtreibung mit dem Desinfektionsmittel Rivanol

Derartige Erwägungen haben offenbar auch dazu beigetragen, daß im Zentrum für Frauenheilkunde der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster mit dem Desinfektionsmittel "Rivanol" (vgl. Antwort zu Frage 22) abgetrieben wird, dem als besonderer Vorzug das "sichere Sterben des Feten" zugeschrieben wird. Dort tätige Mediziner "favorisieren die intraamniale Instillation von 10 ml Ethacridinsäure (Handelsname Rivanol) als 1% Lösung. Rivanol stößt die Prostaglandinsynthese im Uterus an und weicht den Muttermund von innen auf, bevor schmerzhaft Wehentätigkeit beginnt. Der Fet stirbt sicher ab, bevor er zur Welt kommt" (Westendorp, A. und Holzgreve, W.: Abortinduktion mit Rivanol im 2. Schwangerschaftstrimenon, in Gyne, 1.1.89, S. 8-10; zit. n. Josefine Lorenzen: Konkretisierung des Kindsverlustes beim Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation, Dissertation Münster 1993, S. 105). Über wesentlich mehr Erfahrungen mit Rivanol "verfügt man in China, wo Rivanol wegen der geringeren Komplikationsrate, dem sicheren Sterben des Feten und der kürzeren Belastung für die Frau bevorzugt wird" (Westendorp..., zit. n. Lorenzen, a.a.O.). Eine 1983 veröffentlichte chinesische Arbeit hatte die Münsteraner angeregt, diese Methode anzuwen-

den (Beller, F.K.; Zimmermann, R.E.; Winkler, U.H.; Seitzer, D.; Holzgreve, W.: Lack of Coagulation Defects After the Intraamniotic Instillation of Ethacridine (Rivanol) for Second Trimester Abortion; in: Archives of Gynecology and Obstetrics (1988)243:1-4).

Nach Auskunft des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin dringt Rivanol durch die ungeschützte, besonders empfindliche Haut des ungeborenen Kindes ein und zerstört die Zellen, u.a. durch Ausflockung von Eiweißen. Das Kind stirbt besonders qualvoll und wird nach "36-44 Stunden" (Antwort zu Frage 22), andere Angaben lauten "im Mittel 49,5 Stunden (5-175)" (Westendorp..., zit. n. Lorenzen, a.a.O.) ausgestoßen. Bis Juli 1987 wurden bereits mindestens 100 Abtreibungen mit Rivanol im Zentrum für Frauenheilkunde der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster durchgeführt (Beller, F.K.; Zimmermann... a.a.O.). Weitere 52 Rivanol-Abtreibungen wurden allein im Zeitraum zwischen Juli 1990 und Juli 1991 in Münster durchgeführt (Lorenzen, a.a.O.). Bei 9 von 10 Patientinnen, die zwischen 18 und 24 Wochen - im Mittel 22 Wochen - schwanger waren, habe Rivanol Wehen ausgelöst, und "ein toter Fetus wurde ausgestoßen" (Beller, F.K.; Zimmermann ..., a.a.O.).

Die Bundesregierung spricht in Bezug auf Abtreibungen im dritten Schwangerschaftstrimenon davon, diese erfolgten "in der Regel durch Induktion einer Wehentätigkeit". Methoden wie Rivanol jedoch zielen auch ausweislich der zitierten Äußerungen der Münsteraner Rivanol-Anwender von vornherein auf die Tötung des Kindes noch im Mutterleib ab. Nicht die Beendigung der Schwangerschaft, sondern die Lebensbeendigung des Kindes steht hier also im Vordergrund. Daher ist von der Bundesregierung, die sagt "Ziel der Behandlung .. darf jedoch nicht die Tötung des Kindes sein" (Antwort zu Frage 21), zu fordern, daß sie diese Rechtsauffassung auch in den entsprechenden Fachkreisen auf geeignete Weise durchsetzt. Die Rivanol-Abtreibung muß verboten werden.

"Liegenlassen"

Dankenswerterweise stellt die Bundesregierung klar, daß ein die Abtreibung überlebendes Kind Anspruch auf lebenserhaltende Maßnahmen hat, verneint aber einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf (Antwort zu Frage 23).

Dennoch existieren Berichte wie beispielsweise der von Hiersche aus dem Jahre 1990, daß immer häufiger Fälle auftreten, in denen infolge einer späten Abtreibung ein lebendes Frühgeborenes zur Welt kommt. Dies hinge damit zusammen, daß "großzügig die Indikation auch für einen Spätabbruch aus sogenannter kindlicher Indikation gestellt und dieser dann ohne weiteres durchgeführt" werde. Es trete dann die Frage in den Vordergrund, ob das Kind aktiv am Leben erhalten oder unter "Basisversorgung" liegengelassen werden solle; diese Frage unterliege jedoch keiner umfassenden rechtlichen Regelung und könne daher nur im Einzelfall entschieden werden (Hiersche, H.-D.: Perinatologie und Geburtshilfe

unter medizinisch-rechtlichen Gesichtspunkten; in: Das Medizinrecht 6(1990), 309-313; zit. n. Meise, a.a.O.).

Meise zitiert einen authentischen Bericht, der auch wegen seiner Begründung für das "Liegenlassen" erschrecken muß, folgendermaßen: Hepp (1983) berichtet von einem Fall, der den engen Zusammenhang von Abtreibung und Nichtbehandlung verdeutlicht: Am Ende der 21. Schwangerschaftswoche wurde bei einer Schwangeren der Abbruch aus kindlicher Indikation eingeleitet - das Kind wurde lebend geboren (Frauenklinik Homburg). Hepp schildert folgendes Vorgehen: "Im Sinne einer passiven Sterbehilfe bzw. Tötung durch Unterlassen, indem wir auf jegliche Reanimationsmaßnahmen verzichteten, beobachteten wir das Kind, bis es nach einer Stunde und 20 Minuten keine Atmung und keinen Herzschlag mehr hatte" (S. 135). Als Begründung führt Hepp an, ein Überleben des Kindes wäre auch bei aktiven Maßnahmen unwahrscheinlich gewesen; außerdem habe eine Lebensrettung "im Gegensatz zur primären elterlichen und ärztlichen Intention gestanden". (Hepp, H.: Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation. Aus der Sicht eines Frauenarztes; in: Geburtsh. Frauenheilkd. 43(1983), S. 131-137; zit. n. Meise, a.a.O.).

Solche Beispielfälle verdeutlichen die Nähe zwischen Abtreibung aus letztlich eugenischer Motivation und Früheuthanasie. Die Bundesregierung weist einen "Vergleich der medizinischen Indikation mit einer Früheuthanasie" zurück (Antwort zu Frage 25). Allerdings wurden mit dem Inkrafttreten des SFHÄndG die Voraussetzungen der medizinischen Indikation gegenüber der seit 1992 gültigen Fassung wieder erweitert, und zwar um die Worte "unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren" - denn so konnten "diese Fallkonstellationen aufgefangen werden" (Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 28.06.1995, Drucksache 13/1850, S. 26; sowie Begründung des SFHÄndG zu § 218 a Abs 2 und 3).

Der Pränataldiagnostiker Beller bringt "Früheuthanasie" und pränatale Diagnostik in einen weiteren erschreckenden Zusammenhang, wenn er es als nicht überraschend bezeichnet, "daß im Zusammenhang mit dem Kostenfaktor bereits die Forderung nach einem Gesetz erhoben wurde, das im Interesse der Gesellschaft einen Abbruch erzwingt, auch gegen den Wunsch oder das Recht der Eltern. Derartige Diskussionen erfordern den Begriff des 'lebensunwerten' Lebens im Zusammenhang mit dem Begriff 'Früheuthanasie'.... Damit wird die Dimension der ethischen Spannweite klar, welche die pränatale Diagnostik aufgeworfen hat" (Fritz K. Beller: Rechtliche und ethische Aspekte der pränatalen Diagnostik, in Wolfgang Holzgreve [Hrsg.]: Pränatale Medizin, Springer-Verlag 1987, S. 141-149).

In ihrer Antwort auf die Frage, worin nach Auffassung der Bundesregierung - abgesehen von der unterschiedlichen formaljuristischen Einordnung - der wesentliche ethische Unterschied zwischen der gezielten Tötung eines lebensfähigen Kindes im

Mutterleib vor der eigentlichen Abtreibung und der Tötung eines zunächst überlebenden Kindes direkt nach der Abtreibung bestehe, wird deutlich, daß dieser Unterschied letztlich nur formaljuristisch ist. Denn, so die Bundesregierung, es "ist eine Beantwortung der Frage unter Außerachtlassung der juristischen Einordnung bzw. Notwendigkeiten nicht möglich" (Antwort zu Frage 24).

Typisierung und Diskriminierung bestimmter Anlagen oder Behinderungen

Die Bundesregierung lehnt eine mancherorts diskutierte "Negativliste" solcher Befunde ab, die "automatisch" zur Abtreibung des Kindes führen (Antwort zu Frage 31). Dies ist ausdrücklich begrüßenswert.

Allerdings darf der Gesetzgeber nicht übersehen, daß eine Typisierung bestimmter Behinderungsformen und eine damit einhergehende Diskriminierung von Menschen mit solchen Behinderungen schon weit unterhalb der Schwelle einer formellen "Negativliste" einsetzen. Das mehrfach zitierte Hintergrundpapier von Nippert/Horst im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag liefert auf über 200 Seiten eine Fülle von Belegen dafür. Dies betrifft auch solche erbliche Veranlagungen, an denen das ungeborene Kind erst in ferner Zukunft möglicherweise erkranken wird und die pränatal festgestellt werden können.

In Frage 30 waren als Beispiele für diese "fernwirkenden" Veranlagungen Chorea Huntington, Diabetes und Mamma-Carcinom aufgeführt. Den in der Antwort behaupteten Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation enthält die Frage 30 nicht. Dennoch liegt in der Herstellung dieses Zusammenhangs durch die Bundesregierung das eigentliche Problem: denn gerade erst durch die Mitteilung des Befundes durch den Arzt konnte sich eine solche Situation ergeben, in der die Voraussetzungen einer medizinischen Indikation (wie in den Antworten zu Fragen 21, 25, 26 und 31) erwogen werden konnten. Deshalb ist die Mitteilung solcher Befunde zu untersagen.

Zusammenfassende Bewertung der Antwort auf die Kleine Anfrage

Die Beantwortung der Kleinen Anfrage durch die Bundesregierung zeigt auf, daß ein besserer Lebensschutz für ungeborene Kinder, wie im Einigungsvertrag (Art. 31 Abs. 4) gefordert, zumindest nicht belegbar ist. Insbesondere werden gravierende Mängel im verfügbaren Instrumentarium zur Erfüllung der Beobachtungspflicht des Gesetzgebers deutlich. Deren unverzügliche Beseitigung ist Bedingung für weitere Ansätze zur Erfüllung der Nachbesserungspflicht.

Verwertbare Erfahrungen aus der Beratungspraxis liegen dem Gesetzgeber nicht vor, und es ist überhaupt fraglich, ob alle Landesregierungen tatsächlich gewillt sind, diese zu sammeln. Die Meldungen für die Bundesstatistik sind offensichtlich unvoll-

ständig, die derzeit meist fehlende Zulassungspflicht für Abtreibungseinrichtungen läßt kaum verlässliche Daten erwarten. Daher wäre ein Rückgang der dem Statistischen Bundesamt zur Kenntnis gelangenden Abtreibungszahlen kein glaubwürdiger Anhaltspunkt für eine Bewertung der Wirksamkeit des Lebensschutzes. Im Gegenteil lassen die aufgezeigten Mängel der Bundesstatistik die Befürchtung aufkommen, daß hier gerade das Geschehen beschönigt und Spuren verwischt werden.

Insbesondere bei der Abtreibung behinderter Kinder zeigt sich, daß das Geschehen für den Gesetzgeber derart verschleiert ist, daß er seiner Beobachtungspflicht nicht nachkommen kann. Dem steht nur die vom Wegfall der embryopathischen Indikation erhoffte "Klarstellung" gegenüber, behinderte Ungeborene genossen "grundsätzlich" nicht weniger an Lebensschutz. Angesichts in der Vergangenheit erhobener empirischer Daten über Einstellungen zu pränataler Diagnostik und Abtreibung muß geklärt werden, ob diese "Klarstellung" in Fachkreisen und Bevölkerung aufgenommen wurde. Anderenfalls bestünde dringender Handlungsbedarf - und dies auch wegen der Fernwirkung auf das Lebensrecht geborener Menschen mit Behinderung, Sterbender, Komapatienten und alter Menschen.

Die Initiativegruppe "Schutz des menschlichen Lebens" innerhalb der CDU/CSU-Fraktion wird auf die Schließung der mit der Kleinen Anfrage ausgeleuchteten gesetzlichen Lücken hinarbeiten und ggf. entsprechende Gesetzesinitiativen vorbereiten.

Die Kleine Anfrage zeigt auch, daß das Lebensrecht behinderter wie nicht-behinderter Menschen vor der Geburt mit dem Lebensrecht behinderter und nicht-behinderter Menschen nach der Geburt verknüpft ist. Den Gesetzgeber trifft letzten Endes die Verantwortung, doch sind alle Bürgerinnen und Bürger guten Willens aufgerufen, die Mauern des Nichtwissens, die Mauern des Wegschauens und des Beschweigens einzureißen. Diese Mauern müssen fallen.

Bonn, den 13. August 1996

**Schwanger -
schafts -
abbruch**

löst kaum Probleme, aber schafft neue ! Und kostet immer ein Menschenleben - das Ihres Kindes ! Bitte lassen Sie Ihr Kind leben ! Wir möchten Ihnen helfen. Sie können bei uns mitleben - vom Beginn der Schwangerschaft bis über die Geburt hinaus. Kostenlos. Gern schicken wir Ihnen nähere Auskünfte.

 **Haus des Lebens**
Christen helfen !

Postfach 2163
35230 Dautphetal-Buchencau
Tel.: 06466/7021 Fax 1618

An die Präsidentin des Deutschen Bundestages
Parlamentssekretariat
Saemischstraße 5
53113 Bonn

Bonn, den 19. Juli 1996

Kleine Anfrage der Abgeordneten Hubert Hüppe, Monika Brudlewsky, Norbert Geis, Heinz-Günter Bargfrede, Dr. Wolf Bauer, Dr. Joseph-Theodor Blank, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Rudolf Braun, Georg Brunnhuber, Klaus Bühler, Manfred Carstens, Hubert Deittert, Albert Deß, Wolfgang Engelmann, Dr. Karl H. Fell, Erich G. Fritz, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Kurt-Dieter Grill, Manfred Grund, Otto Hauser, Ernst Hinsken, Josef Hollerith, Siegfried Hornung, Helmut Jawurek, Dr. Dionys Jobst, Volker Kauder, Peter Keller, Norbert Königshofen, Karl-Josef Laumann, Werner Lensing, Heinrich Lummer, Dr. Michael Luther, Rudolf Meinl, Hans Michelbach, Dr. Gerd Müller, Engelbert Nelle, Friedhelm Ost, Dr. Peter Paziorek, Hans-Wilhelm Pesch, Helmut Rauber, Peter Rauen, Otto Regenspürger, Klaus Dieter Reichardt, Erika Reinhardt, Roland Richter, Dr. Norbert Rieder, Klaus Riegert, Franz-Xaver Romer, Wilhelm Ronsöhr, Dr. Klaus Rose, Kurt J. Rossmann, Roland Sauer, Hartmut Schauerte, Heinz Schemken, Dr. Andreas Schockenhoff, Wilhelm Josef Sebastian, Heinz-Georg Seiffert, Johannes Seile, Jürgen Sikora, Johannes Singhammer, Freiherr Dr. Wolfgang von Stetten, Andreas Storm, Matthäus Strebl, Dr. Klaus-Dieter Uelhoff, Wolfgang Vogt, Alois Graf von Waldburg-Zeil, Kersten Wetzels, Hans-Otto Wilhelm, Elke Wülfing, Benno Zierer, Wolfgang Zöllner
BT-Drs. 13/5248

Tötung ungeborener Kinder, staatliches Schutzkonzept, Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht

Mit der Einführung der sogenannten "Beratungsregelung", verknüpft mit einer medizinischen und einer kriminologischen Indikation (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz - SFHÄndG - vom 21. August 1995), trifft den Gesetzgeber, wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 klargestellt hat, die Verpflichtung, "die Auswirkungen seines neuen Schutzkonzeptes im Auge zu behalten (Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht)" (BVerfGE 88, 259). Bei erkannten Mängeln ist der Gesetzgeber verpflichtet, auf deren Beseitigung sowie die "Sicherstellung eines dem Untermaßverbot genügenden Schutzes hinzuwirken (Korrektur- oder Nachbesserungspflicht)" (BVerfGE 88, 309).

Einen Wechsel im Schutzkonzept hat der Gesetzgeber auch bei der bisherigen eugenischen/embryopathischen Indikation vollzogen, für die bis zum Inkrafttreten des SFHÄndG eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, und deren Fallkonstellationen nunmehr in der zeitlich unbefristeten medizinischen Indikation aufgefangen werden. Hier gilt daher gleichermaßen - insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Grundgesetz verankerten Verbotes einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung - eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht.

Im Namen der Bundesregierung teile ich zu der Kleinen Anfrage mit:

1. Welche Bundes- und Landesbehörden, Körperschaften des öffentlichen Rechts oder ggf. andere Institutionen nehmen an der Erhebung der Daten und anderer Erkenntnisse teil, die für die Erfüllung der Beobachtungs-, Korrektur- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers ausschlaggebend sind? Welches sind die gesetzlichen Grundlagen hierfür?

Antwort

Zur Erfüllung der Beobachtungs-, Korrektur- und Nachbesserungspflicht des Gesetzgebers ist es vor allem erforderlich, Erkenntnisse aus dem Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung und Erkenntnisse über die vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche zu erlangen.

Gem. § 10 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sind die Beratungsstellen verpflichtet, die ihrer Beratungstätigkeit zugrundeliegenden Maßstäbe und die dabei gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht niederzulegen. Als Grundlage für diesen schriftlichen Bericht hat die Person, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchführt, gem. § 10 Abs. 2 SchKG über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen.

Erkenntnisse über die vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche werden aufgrund der Bundesstatistik gewonnen, die gem. § 15 SchKG über die unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 bis 3 Strafgesetzbuch (StGB) vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche geführt wird. Die Statistik wird vom Statistischen Bundesamt erhoben und aufbereitet. Über das SchKG hinaus ist auch das Bundesstatistikgesetz als gesetzliche Grundlage einschlägig.

Auf Landesebene sammeln die jeweils zuständigen Landesministerien die einschlägigen Erkenntnisse.

Erkenntnisse aus der Beratung werden durch Auswertung der Angaben aus der Schwangerschaftskonfliktberatung (i.S.d. §10 SchKG) gewonnen.

Zuständige Ministerien in den Ländern

Baden-Württemberg	Sozialministerium
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit
Berlin	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
Brandenburg	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
Bremen	Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz
Hamburg	Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg
Hessen	Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern	Sozialministerium
Niedersachsen	Niedersächsisches Frauenministerium
Nordrhein-Westfalen	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Rheinland-Pfalz	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Saarland	Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales
Sachsen	Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie
Sachsen-Anhalt	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Schleswig-Holstein	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Thüringen	Ministerium für Soziales und Gesundheit

Zu Schwangerschaftsabbrüchen verfügen einige Länder neben Erkenntnissen aus der Bundesstatistik über eigene statistische Erhebungen. Außerdem werden Erkenntnisse durch die Wahrnehmung der Aufgabe als oberste Landesgesundheitsbehörde gesammelt. Hierbei werden auch Erkenntnisse der Landesärztekammern und Krankenkassen berücksichtigt.

Grundlagen für die Erkenntnisgewinnung der Länder sind zunächst die o.g. bundesgesetzlichen Vorgaben. Diese werden, je nach Bundesland, ergänzt durch Ausführungsgesetze, -Verordnungen oder -richtlinien.

Im übrigen verfügen auch die zentralen Beratungsträger teilweise über einschlägige Erkenntnisse.

2. Wie viele Abtreibungen wurden seit Inkrafttreten des SFHÄndG gemeldet (aufgeschlüsselt nach

Familienstand und Alter der Schwangeren, Zahl ihrer Kinder, Alter des abgetriebenen Kindes, mit Indikationen bzw. innerhalb 12-Wochen-Frist nach Beratung, Vornahme in Arztpraxis oder Krankenhaus)?

Antwort

Nach dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) am 1. Oktober 1995 (die Bestimmungen, die die Bundesstatistik über die Schwangerschaftsabbrüche betreffen, sind erst am 1. Januar 1996 in Kraft getreten) sind im vierten Quartal 1995 25.561 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Diese schlüsseln sich wie folgt auf:

Schwangerschaftsabbrüche insgesamt:

25.561

Familienstand:

ledig	10.203
verheiratet	13.408
verwitwet	119
geschieden	1.727
unbekannt	104

Alter der Schwangeren:

unter 15	56
15 bis 18	788
18 bis 25	6.047
25 bis 30	6.500
30 bis 35	6.337
35 bis 40	3.998
40 bis 45	1.536
45 und mehr	151
unbekannt	148

Vorangegangene Lebendgeburten:

keine	9.390
1	6.303
2	6.791
3	2.135
4	633
5 und mehr	309

Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft:

unter 6 Wochen	2.335
6 bis 8 Wochen	8.315
8 bis 10 Wochen	9.106
10 bis 13 Wochen	5.532
13 bis 23 Wochen	260
23 und mehr Wochen	6
unbekannt	7

Begründung des Abbruchs:

allgemein-medizinische Indikation	1.279
psychiatrisch-medizinische Indikation	85
eugenische Indikation ¹	174
kriminologische Indikation	18
Beratungsregelung	23.941
unbekannt	64

Ort des Eingriffs:

Krankenhaus	9.011
gynäkologische Praxis	16.550

¹ Seit 01.10.1995 ist die eugenische Indikation entfallen. Es handelt sich offensichtlich um zeitlich verzögerte Meldungen aus vorhergehenden Quartalen.

Aufgrund der Umstellung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche auf die neue gesetzliche Grundlage nach §§ 15 bis 18 SchKG, die eine Reihe an klärenden Rückfragen und eine erhebliche Anzahl von Erinnerungen der Einrichtungen an die Meldepflicht erforderlich gemacht hat, liegen die Daten für das erste Quartal 1996 noch nicht vor. Die ersten Ergebnisse werden im vierten Quartal 1996 bereitstehen.

3. Besteht weiterhin die Problematik des "Meldedefizits", auf die das Statistische Bundesamt in seinen zurückliegenden Erhebungen zur Abtreibung stets hingewiesen und als Ursache auch unterschiedliche "Auskunftsbereitschaft" benannt hatte, und inwieweit kann sie quantifiziert werden?

Antwort:

Mit den seit 1. Januar 1996 geltenden Regelungen zur Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche - §§ 15 bis 18 SchKG - sind auf der Grundlage des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 zur Erfüllung der Beobachtungspflicht des Gesetzgebers Verbesserungen zum Nachweis der durchgeführten Abbrüche vorgenommen worden. Insbesondere die in § 17 SchKG enthaltenen Hilfsmerkmale ermöglichen es dem Statistischen Bundesamt, bei fehlenden oder unklaren Angaben bei den Auskunftspflichtigen zurückzutragen und die Vollständigkeit der eingehenden Meldungen zu kontrollieren sowie die Einrichtungen, die keine Meldungen abgeben haben, an ihre Auskunftspflicht zu erinnern.

Das Statistische Bundesamt hat im Dezember 1995 begonnen, die im SchKG geforderten neuen Regelungen zur Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche umzusetzen, zu organisieren und durchzuführen. Die Erhebungen laufen noch, so daß zur Zeit Einschätzungen über die Vollständigkeit der Erfassung nicht möglich sind.

4. Ist der Bundesregierung bekannt, worauf die "Erkenntnisse" der Landesärztekammern bzw. der zuständigen Gesundheitsbehörden basieren, wenn sie dem Statistischen Bundesamt nach §18 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) Anschriften von Ärzten bzw. von Krankenhäusern übermitteln, wo "nach ihren Erkenntnissen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen worden sind oder vorgenommen werden sollen"?

5. Wie ist sichergestellt, daß die Landesärztekammern bzw. die Gesundheitsbehörden tatsächlich Kenntnis von allen einschlägigen Einrichtungen erlangen, oder besteht hier ggf. noch gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Antwort:

Hinsichtlich der Krankenhäuser besteht grundsätzlich ein guter Überblick, so daß die Gewinnung von Erkenntnissen bezüglich der Krankenhäuser als vollständig angesehen werden kann. Soweit entsprechende Erkenntnisse nicht von vornherein vorliegen, kommt eine direkte Befragung der Krankenhäuser in Betracht.

Hinsichtlich der weiteren Einrichtungen können die Fragen nicht bundeseinheitlich beantwortet werden.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden,

daß die erforderlichen Erkenntnisse gesammelt werden können.

Die Landesärztekammern erhalten in einigen Ländern (z.B. im Rahmen von Richtlinien zum ambulanten Operieren über ihren Auftrag zur Qualitätssicherung) die entsprechenden Anschriften.

Darüber hinaus besteht teilweise eine Zulassungspflicht für Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden sollen - bzw. soll eine Zulassungspflicht eingeführt werden. Über die zugelassenen Einrichtungen werden dort Verzeichnisse geführt.

In Einzelfällen beruhen die Erkenntnisse der Landesärztekammern bzw. der zuständigen Gesundheitsbehörden zum Teil auch auf Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Frage, ob gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, wird in den Ländern, je nach spezifischer Situation des Landes, unterschiedlich beurteilt. So ist es z.B. in Bayern vorgesehen, eine Zulassungspflicht, verbunden mit einer Pflicht zur Weitergabe der Information u.a. an die Landesärztekammer gesetzlich zu normieren.

6. Hält es die Bundesregierung für möglich, daß es auch solche Einrichtungen gibt, die nicht erfaßt werden, wenn ja, welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um eine vollständige Erfassung sicherzustellen?

Antwort:

Über Einrichtungen, die nicht erfaßt worden sind, liegen der Bundesregierung derzeit noch keine Erkenntnisse vor. Darüber hinaus wird auf die Antwort zur Frage 3 verwiesen.

7. Ist es zutreffend, daß das Statistische Bundesamt mangels hinreichender anderer "Erkenntnisse" die Ärztekammern um die Anschriften sämtlicher Gynäkologen ersucht hat, wie es der sächsische Datenschutzbeauftragte in der Presse (FAZ vom 29.04.1996) dargestellt hat? Wurden hierbei auch Anschriften weiterer Ärzte übermittelt, die zwar keine Fachärzte für Gynäkologie sind, aber dennoch Abtreibungen durchführen?

Antwort:

Im Rahmen der Vorbereitung und Durchführung der Erhebung hat das Statistische Bundesamt gemäß § 18 Abs. 3 Nr. 1 SchKG die Landesärztekammern und die zuständigen Gesundheitsbehörden in den Ländern aufgefordert, die entsprechenden Anschriften der Auskunftspflichtigen zu übermitteln. Über die Fachrichtung der in Frage kommenden Ärzte hat das Statistische Bundesamt keine Informationen erhalten.

Durch den Artikel des Sächsischen Datenschutzbeauftragten ist auch der Bundesregierung bekannt, daß sich die Sächsische Landesärztekammer nicht in der Lage sieht, die entsprechenden Anschriften zu übermitteln. Das Statistische Bundesamt hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Bundesstatistikgesetz zur Vorbereitung und Durchführung der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche nach dem SchKG Angaben zur Klärung des Kreises der zu Befragenden zu erheben.

8. Wurde anhand der anonymisierten Aufzeichnungen über jedes Beratungsgespräch, zu deren Anfertigung die Beratungsstellen nach § 10 SchKG verpflichtet sind, die Zahl der Beratungen erhoben, und wie viele Beratungsgespräche wurden demnach seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführt?

Antwort:

Nach den Erkenntnissen der Bundesregierung wird die Anzahl der Beratungsgespräche in den Ländern erfaßt.

Eine Beantwortung der Frage bezüglich der Anzahl der Beratungsgespräche seit Inkrafttreten des SFHÄndG ist nicht möglich. Zum Teil sind die entsprechenden Erhebungen der Anzahl der Beratungsgespräche für das Jahr 1995 noch nicht abgeschlossen. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, daß die Erhebungen sich in der Regel nur auf Jahreszeiträume und nicht auf Monatszeiträume beziehen bzw. nicht nach den Zeiträumen vor und nach dem 01.10.1995 differenzieren.

Überwiegend wird von einem Anstieg der Beratungsfälle seit dem Urteil des BVerfG vom 28. Mai 1993 berichtet.

In einigen Fällen liegen auch bei zentralen Beratungsträgern Angaben zur Anzahl der geführten Beratungsgespräche vor. Allerdings liegt auch in diesen Fällen keine Aufschlüsselung vor, nach der eine Auskunft zu dem in Frage stehenden Zeitraum möglich wäre.

9. Wie viele Abtreibungen innerhalb der 12-Wochen-Frist wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG über Krankenkassen abgerechnet und diesen wiederum aus Landesmitteln gemäß dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen erstattet?

Antwort:

Die Abwicklung der Kostenübernahme bei nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen über die Krankenkassen kommt seit dem 01.01.1996 in Betracht.

Infolge der sich aus dem Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Ländern ergebenden zeitlichen Verzögerungen liegen den Ländern überwiegend noch keine oder noch keine vollständigen Angaben vor.

Eine Erfassung über die Ausgaben der GKV im Rahmen der Finanzstatistik erfolgt nicht.

10. Wie viele Abtreibungen mit einer Indikation (aufgeschlüsselt nach medizinischer und kriminologischer Indikation) wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des SFHÄndG von den Krankenkassen finanziert?

Antwort:

Im Rahmen der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden Angaben über die Ausgaben der GKV für Schwangerschaftsabbrüche nicht gesondert erfaßt.

11. Welche Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung für ungeborene Behinderte bestehen außerhalb der

Erhebung als Bundesstatistik unter Berücksichtigung des Umstands, daß von einer embryopathischen Indikation, für die bisher eine Frist von 22 Wochen gegolten hatte, im SFHÄndG abgesehen wurde?

Antwort:

Hinsichtlich der Möglichkeiten zur Beobachtung und Überprüfung der tatsächlichen Schutzwirkung ist zunächst auf die Möglichkeiten der grundsätzlichen Erkenntnisgewinnung - vgl. insofern Antwort zu Frage 1. - zu verweisen. Darüber hinaus ist gerade bei ungeborenen Behinderten zu beachten, daß für sie hinsichtlich eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs keine Sonderregelungen bestehen, sondern daß der Wegfall der embryopathischen Indikation gerade der Klarstellung diene, daß das ungeborene behinderte Leben im Vergleich zum ungeborenen unbehinderten Leben keinem Sonderstatus unterworfen ist.

Zur Beobachtung, inwieweit die Schutzwirkung der strafgesetzlichen Regelungen greift, dient letztendlich auch die Dokumentationspflicht des Arztes über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen, auf die das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 (S. 122 der Urteilsfassung) hinweist. Erkenntnisse aus diesen Aufzeichnungen können z.B. berufsständische Vereinigungen, insbesondere Landesärztekammern, aber gegebenenfalls auch die Strafverfolgungsbehörden gewinnen.

12. Für wieviele der seit Inkrafttreten des SFHÄndG durchgeführten Abtreibungen war eine Behinderung oder vorgeburtliche Schädigung des Kindes ursächlich für die Stellung einer medizinischen Indikation (aufgeschlüsselt nach dem Alter des abgetriebenen Kindes)?

Antwort:

Im Rahmen des § 16 Abs. 1 Nr. 2 SchKG werden Schwangerschaftsabbrüche unter dem Erhebungskriterium "rechtliche Voraussetzung des Schwangerschaftsabbruchs" erfaßt. Die statistische Erfassung einer Behinderung oder vorgeburtlichen Schädigung des Kindes im Rahmen der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ist aufgrund des Wegfalls der entsprechenden Indikation nicht mehr möglich.

13. Wäre es nach Auffassung der Bundesregierung durch die gesetzlichen Vorschriften gedeckt, daß seit Inkrafttreten des SFHÄndG zunehmend schon vergleichsweise leichte oder einfach behebbare Behinderungen (wie etwa eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte) Anlaß für Abtreibungen waren, wie betroffene Ärzte in der Presse und den Medien (z.B. "Mona Lisa" vom 11.02.1996, Die Welt vom 16.02.1996) berichtet haben, und welche Möglichkeiten stehen dem Gesetzgeber zur Verfügung, das Geschehen in diesem Bereich pflichtgemäß zu beobachten?

Antwort:

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, daß vergleichsweise leichte oder einfach behebbare Behinderungen Anlaß von Abtreibungen waren. Erst recht liegen keine Erkenntnisse darüber vor, daß dies zunehmend der Fall sei.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß die medizinische Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch insbesondere in einem späten Stadium (nach der 24. Woche) äußerst streng gestellt und auf Fälle beschränkt werden soll, in denen das Leben der Mutter in Gefahr ist. Daß die ärztliche Praxis bisher so verfährt, läßt sich aus der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche schließen. Danach entfielen 1994 von insgesamt 103.586 Abbrüchen (1995 von 97.937) - davon 5.986 gemäß medizinischer Indikation (1995 - 4.545) - nur jeweils 26 auf die 23. Schwangerschaftswoche oder später.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß aufgrund der ärztlichen Dokumentationspflicht eine Überprüfung der ärztlichen Tätigkeit möglich ist.

14. Wie viele Einrichtungen führen in Deutschland pränatale Diagnostik durch, und wieviele schwangere Frauen wurden dort im vergangenen Jahr beraten? In welcher Höhe wurden hierfür öffentliche Mittel bzw. Mittel der Krankenkassen aufgewandt?

Antwort:

Zur pränatalen Diagnostik gehört u.a. der Ultraschall, die Cardiotokographie (Herzton-Wehenschreiber - CTG), die Amniozentese (Fruchtwasserpunktion), die Chorionzottenbiopsie und die Punktion fetaler Gefäße und fetaler Organe.

Ultraschalldiagnostik und Cardiotokographie sind Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien. Demnach sind alle Einrichtungen, die Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen durchführen, mit der pränatalen Diagnostik befaßt.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1995 dazu herausgegebene Dokumentation über die Mutterschaftsvorsorge und Entbindungen 1991 bezieht sich auf insgesamt 670.000 Mutterschaftsvorsorgefälle. Damit wurden über 90 % der Mutterschaftsvorsorgefälle erfaßt. Neuere Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Zahl der Einrichtungen, die Mutterschaftsvorsorge durchführen, ist nicht bekannt. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Einrichtungen Verfahren der invasiven pränatalen Diagnostik (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie und die Punktion fetaler Gefäße und fetaler Organe) durchführen und wieviele schwangere Frauen dort in den vergangenen Jahren beraten worden sind.

Im Rahmen der Finanzstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung werden Angaben über die Ausgaben der GKV für pränatale Diagnostik nicht gesondert erfaßt.

15. Welche gesundheitlichen und/oder altersbedingten Faktoren führen nach Kenntnis der Bundesregierung zu einer Überweisung an eine Institution zur Pränataldiagnostik, wie ist danach der Begriff "Risikoschwangerschaft" definiert, und welche Behinderungen oder Krankheitsbilder des ungeborenen Kindes werden damit erfaßt?

Antwort:

Institute für Humangenetik führen invasive Verfahren der pränatalen Diagnostik wie z.B. die Amniozentese, Chorionzottenbiopsie und Placentabiopsie durch. Indikationen zu einer Überweisung können sein: Mütterliches Alter, Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft, Strahlenbelastung

oder Infektionen in der Schwangerschaft, vorangegangenes Kind mit Neuralrohrdefekt oder Chromosomenstörung, Chromosomenstörung in der Familie, genetisch mitbedingte Leiden in der Familie, Fehlgeburten mit Auffälligkeiten, auffälliger Ultraschallbefund, psychologische Indikation.

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) sind Risikoschwangerschaften und Risikogeburten besonders zu überwachen. Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobenen Befunden mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu rechnen ist.

Dazu zählen insbesondere

- schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter,
- Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten,
- totgeborenes oder geschädigtes Kind,
- vorausgegangene Mehrlingsschwangerschaften,
- Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen,
- Erstgebärende unter 18 Jahre oder über 35 Jahre,
- Mehrgebärende über 40 Jahre,
- EPH-Gestose (hoher Blutdruck, Eiweißausscheidung im Urin, Ödeme), Anämie,
- Diabetes mellitus,
- uterine Blutung,
- Diskrepanz zwischen Gebärmutter- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer,
- vorzeitige Wehen, Mehrlinge; pathologische Kindslagen und
- Überschreitung des Geburtstermins.

16. Welches sind die zehn am häufigsten pränatal diagnostizierten Fehlbildungen/ Behinderungen (mit Angabe der Zahlen), und wie hoch ist dafür jeweils die diagnostische Sicherheit?

Antwort:

Die der Bundesregierung vorliegenden statistischen Angaben sind nicht ausreichend, entsprechende Aussagen zu machen.

Es liegen der Bundesregierung aber Studien vor, wonach im Rahmen der pränatalen Diagnostik in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit ca. 50.000 Chromosomenanalysen im Jahr durchgeführt werden, daneben 2.500 bis 3.000 Chorionzottenbiopsien. Durch Chromosomenanalysen können ca. 40 % der chromosomalen Erbleiden diagnostiziert werden. Die häufigsten so diagnostizierten chromosomalen Erbleiden sind:

- Down-Syndrom (Trisomie 21); Häufigkeit 1:600 Neugeborene,
- Trisomie 18; Häufigkeit 1:10.000 Neugeborene,
- Trisomie 13; Häufigkeit 1:10.000 Neugeborene,
- Klinefelter-Syndrom; Häufigkeit 1:1.000 bei männlichen Neugeborenen,
- XXX-Syndrom; Häufigkeit 1:1.000 bei weiblichen Neugebore-

- nen,
- Turner-Syndrom;
Häufigkeit 1:10.000 bei weiblichen Neugeborenen.

17. Wie viele Kinder mit spina bifida bzw. mit Turner-Syndrom wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG, im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren?

Antwort:

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

Jahr	Spina bifida ICD - 9 741	Je 100.000 Lebendgeborene	Turner-Syndrom ICD - 9 758.6	Je 100.000 Lebendgeborene
1973	118	18.6	0	0.0
1975	99	16.5	0	0.0
1980	95	15.3	1	0.2
1985	78	13.3	0	0.0
1990	56	7.7	2	0.3

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996

Es ist darauf hinzuweisen, daß es eine erhebliche Untererfassung der Anzahl der Fehlbildungen gibt. Aufgrund der geringen Anzahl von vorliegenden Meldungen zur Statistik der erkennbaren Fehlbildungen sind keine fundierten Bewertungen des Datenmaterials möglich. Unter anderem aus diesem Grunde ist im Rahmen der vom Bundeskabinett beschlossenen Statistikänderungs - Verordnung vorgesehen, diese Erhebung einzustellen. Als Ersatz werden im Rahmen der neuen Krankenhausdiagnosestatistik alle im Geburtsmonat wegen Fehlbildungen vollstationär behandelten Krankenhausentlassungen tabelliert. Darüber werden in Zukunft bessere Aussagen über die zeitliche Entwicklung des Vorkommens von erkennbaren Fehlbildungen zu treffen sein.

18. Wie viele Kinder mit Trisomie 21 (Down-Syndrom), einer der häufigsten Behinderungen, wurden, jeweils sowohl in absoluten Zahlen als auch bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, seit Inkrafttreten des SFHÄndG, im Jahre 1990 und zum Vergleich in den Jahren 1970, 1975, 1980 und 1985 geboren? Falls im Verlauf der letzten 25 Jahre eine Abnahme der lebendgeborenen Kinder mit Trisomie 21, bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten, festzustellen ist, kann hieraus der Schluß bezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einer Indikationsstellung zum Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt und inwiefern stünde dies in Übereinstimmung mit der vom Gesetzgeber bei der Neuregelung vom 21. August 1995 verfolgten Absicht der Klarstellung, daß behinderte Kinder grundsätzlich den gleichen Schutz wie nicht-behinderte Kinder genießen?

Antwort:

Zunächst wird auf die Anmerkungen zu Frage 17 verwiesen. Die entsprechenden Zahlen enthält die nachfolgende Tabelle:

Im Rahmen der Statistik der bei der Geburt erkennbaren Fehlbildungen werden seit 1973 die Geborenen mit erkennbaren Fehlbildungen nach Art der Fehlbildung gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen (ICD) nachgewiesen.

Die entsprechenden Ergebnisse der Jahre 1973, 1975, 1980, 1985 und 1990 sind nachstehend für das frühere Bundesgebiet aufgeführt. Zahlen für das Jahr 1995 liegen noch nicht vor und damit auch keine für die Zeit nach dem Inkrafttreten des SFHÄndG am 1. Oktober 1995.

Tabelle: Lebendgeborene mit ausgewählten Fehlbildungen:

Jahr	Down Syndrom ICD - 9 758.0	Je 100.000 Lebendgeborene
1973	86	13.5
1975	71	11.8
1980	62	10.0
1985	51	8.7
1990	63	8.7

Quelle: Statistisches Bundesamt, Juli 1996

Aus den vorliegenden statistischen Angaben kann nicht der Schluß gezogen werden, daß eine pränatal diagnostizierte Trisomie 21 regelmäßig zu einem Abbruch der Schwangerschaft Anlaß gibt. Hinsichtlich der Wirksamkeit der mit dem SFHÄndG vom 21. August 1995 verfolgten Klarstellung, daß behinderte Kinder grundsätzlich den gleichen Schutz wie nicht-behinderte Kinder genießen, können Aussagen nicht gemacht werden.

19. Sind der Bundesregierung die Arbeiten von Stackeiberg (Dissertation 1980), und von Passarge (1979) bekannt, die eine Kosten-Nutzen-Analyse anstellen, wobei den Aufwendungen für rechtzeitige pränataldiagnostische Erfassung (Screening) und nachfolgende Abtreibung behinderter Kinder die Kosten für Betreuung, Therapie und Rehabilitation gegenübergestellt werden, und welche Folgerungen zieht die Bundesregierung aus derartigen Überlegungen?

Antwort:

Die zitierten Arbeiten von Stackeiberg und von Passarge sind der Bundesregierung nicht bekannt. Sie haben damit auch zu keinem Zeitpunkt Einfluß auf Entscheidungen der Bundesregierung gehabt.

Im übrigen ergibt sich schon aus der Frage, daß es sich offensichtlich um Arbeiten handelt, die inzwischen 16 bis 17 Jahre alt sind.

Kosten - Nutzen - Analysen wurden und werden von der Bundesregierung nicht herangezogen, wenn es um die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch und die Ausgestaltung der Hilfen für Schwangere und ihre Familien geht.

20. Welche Abtreibungsmethoden werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung im zweiten und im letzten Drittel der Schwangerschaft angewandt, und inwiefern wird bei Abtreibungen in diesen Schwangerschaftsstadien die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt?

Antwort:

Der Schwangerschaftsabbruch erfolgt nach den Informationen, die der Bundesregierung vorliegen, in der Regel durch die Induktion einer Wehentätigkeit durch Prostaglandin oder Oxytoxin. Danach wird das Ausstoßen des Kindes abgewartet. Bei diesem Vorgehen wird die Schmerzempfindlichkeit des ungeborenen Kindes berücksichtigt, denn diese Methode entspricht dem normalen Geburtsverlauf eines Frühgeborenen.

21. Werden nach Erkenntnissen der Bundesregierung aufgrund der im dritten Schwangerschaftstrimenon regelmäßig anzunehmenden extrauterinen Lebensfähigkeit des ungeborenen Kindes bei Abtreibungen solche Methoden angewandt, die auf eine Tötung des Kindes noch im Mutterleib abzielen, bevor es zur Welt kommt?

Antwort:

Nach dem Wortlaut des § 218 a StGB ist der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Ziel der Behandlung ist demnach die Beendigung der Schwangerschaft aus den genannten Gründen, darf jedoch nicht die Tötung des Kindes sein. Der Schwangerschaftsabbruch erfolgt in der Regel durch die Induktion einer Wehentätigkeit.

22. Ist der Bundesregierung bekannt, daß bei späten eugenischen Abtreibungen z. T. das Desinfektionsmittel "Rivanol" (Ethacridinsäure) angewandt wird (Josefine Lorenzen, Dissertation Münster 1993, "Konkretisierung des Kindsverlustes, bei Schwangerschaftsabbruch aus kindlicher Indikation), wobei das Kind über mehrere Stunden hinweg abstirbt und dann nach zusätzlicher Einleitung eines Wehenmittels gelbverfärbt ausgestoßen wird, und wird diese Abtreibungsmethode nach Erkenntnissen der Bundesregierung weiterhin angewandt, wenn ja, wo?

Antwort:

Nach Informationen der zuständigen Fachgesellschaft ist der Wirkungsmechanismus des Rivanol auf den Abbruch der Schwangerschaft nicht genau bekannt. Rivanol soll nach bisher bekannt gewordener Information zu langsamer Wehentätigkeit mit Ausstoßung der Frucht nach 36 - 44 Stunden führen. Rivanol wird in seltenen Fällen eingesetzt bei

1. Patientinnen, die auf Prostaglandine nicht ansprechen,
2. Patientinnen, bei denen eine Kontraindikation in der Anwendung von Prostaglandinen besteht (z.B. nach Herzinfarkt),
3. Patientinnen, bei denen eine relative Kontraindikation in der Anwendung von Prostaglandinen besteht (z.B. nach vorangegangener Sektio).

Eine Übersicht über Einrichtungen, die Rivanol in seltenen Fällen einsetzen, liegt nicht vor.

23. In welchen Fallkonstellationen ist es nach Auffassung der Bundesregierung zulässig, ein nicht "zum Leben bestimmtes Kind" (vgl. Hans-Bernhard Wuermeling, "Unwort des Jahres", FAZ vom 20.1.1995), das die Abtreibung überlebt hat, unverorgt dem Tode zu überlassen ("liegen lassen"), und sieht die Bundesregierung hier ggf. gesetzgeberischen Handlungsbedarf?

Antwort:

Ein Kind, welches nach einer auf einen Schwangerschaftsabbruch gerichteten Handlung lebend zur Welt gekommen ist, unterliegt ebenso wie jedes andere dem Schutz der Rechtsordnung. Ihm gegenüber bestehen deshalb die gleichen Pflichten wie gegenüber jedem Neugeborenen, das sich in der Obhut des Arztes befindet. Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das zur Erhaltung des Lebens Erforderliche zu tun. Dies gilt, auch für den Arzt, dessen auf einen Schwangerschaftsabbruch zielende Maßnahme zur Lebendgeburt des Kindes führte. Bei einer Lebendgeburt muß das Kind nach dem geltenden medizinischen Standard versorgt werden; dies folgt auch aus der berufsrechtlichen Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung, wie es in § 1 Abs. 2 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte von 1996 niedergelegt ist. Der Umstand, daß eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch im Spätstadium der Schwangerschaft gegeben war, vermag es keinesfalls zu rechtfertigen, auf lebenserhaltende Maßnahmen für das Kind zu verzichten. Verletzt der Arzt seine Verpflichtung, so kann er sich damit eines Unterlassungsdelikts, d.h. im Einzelfall auch wegen eines vorsätzlichen Tötungsdelikts strafbar machen. Einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf für diesen Bereich sieht die Bundesregierung nicht.

24. Worin besteht - einmal abgesehen von der unterschiedlichen formaljuristischen Einordnung - nach Auffassung der Bundesregierung der wesentliche ethische Unterschied zwischen der gezielten Tötung eines lebensfähigen Kindes im Mutterleib vor der eigentlichen Abtreibung einerseits und andererseits der Tötung eines die Abtreibung selbst zunächst überlebenden Kindes direkt nach der Abtreibung?

Antwort:

Wie auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 nochmals ausdrücklich klargestellt ist, handelt es sich bei ungeborenem Leben um Leben von Anfang an, das als solches unter dem Schutz der Verfassung steht, ebenso wie das Leben des geborenen Menschen. Hieraus folgt, daß der Staat Maßnahmen zu ergreifen hat, die dem Schutz des menschlichen Lebens sowohl vor wie auch nach der Geburt dienen. Da diese Maßnahmen grundsätzlich strafrechtlicher Natur sind, ist eine Beantwortung der Frage unter Außerachtlassung der juristischen Einordnung bzw. Notwendigkeiten nicht möglich.

25. *Wenn für eine späte Abtreibung aufgrund der medizinischen Indikation eine voraussichtliche Behinderung des Kindes ausschlaggebend ist, worin besteht dann der Unterschied zur Früheuthanasie? Wie ist gewährleistet, daß im allgemeinen Bewußtsein ein solcher Unterschied nicht verwischt wird und welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung in dieser Hinsicht?*

Antwort:

Die embryopathische Indikation ist mit Inkrafttreten des SFHÄndG entfallen. Mit dem Wegfall der embryopathischen Indikation ist keine Änderung der Voraussetzungen der medizinischen Indikation im Vergleich zu der vor dem Inkrafttreten des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes geltenden Fassung erfolgt. Wie auch in der Antwort zu Frage 11. ist darauf hinzuweisen, daß der Wegfall der embryopathischen Indikation gerade der Klarstellung diene, daß das ungeborene behinderte Leben im Vergleich zum ungeborenen unbehinderten Leben in der Frage der Schwangerschaftsabbrüche keinem Sonderstatus unterworfen ist.

Nach § 218 a Abs. 2 StGB ist eine medizinische Indikation nur dann zu bejahen, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren angezeigt ist, um eine Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr von ihr abzuwenden und diese Gefahr nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Ein Vergleich der medizinischen Indikation mit einer Früheuthanasie kann nicht gezogen werden.

26. *Ist in jedem Falle die gezielte Tötung des Kindes bei späten Abtreibungen unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation durch die Bestimmungen des § 218 a gedeckt, auch dann, wenn ohne höhere oder sogar unter geringerer Gesundheitsbelastung und -risiken für die Mutter eine Methode in Betracht käme, die dem Kind die größtmöglichen Chancen auf Überleben und Gesundheit gewährleistet, und sieht die Bundesregierung hier gesetzgeberischen Handlungsbedarf?*

Antwort:

Nach § 218 a Abs. 2 StGB ist eine medizinische Indikation nur dann zu bejahen, wenn der Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren angezeigt ist, um eine Lebens- oder schwere Gesundheitsgefahr von ihr abzuwenden und diese Gefahr nicht auf andere für

sie zumutbare Weise abgewendet werden kann. Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen vorliegen, kommt es maßgeblich auf die Erkenntnis des abbrechenden Arztes im konkreten Einzelfall an. Gleiches gilt für die Beurteilung, welche Methode im Einzelfall anzuwenden ist. Hierfür sind der Stand der ärztlichen Kunst und die Erkenntnis des Arztes im Einzelfall ausschlaggebend. Die Bundesregierung sieht in dieser Frage keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

27. *Werden in der Literatur geschilderte Methoden später Abtreibungen, bei denen das Kind im Mutterleib durch Abschneiden des Kopfes (Dekapitation), Perforieren des Kopfes, Exenteration, Dissectio foetus getötet wird, nach Erkenntnissen der Bundesregierung in Deutschland noch angewandt, und wenn ja, finden sie außerhalb der vitalen medizinischen Indikation (Lebensgefahr für die Mutter) Anwendung?*

Antwort:

Bei einem späten Schwangerschaftsabbruch aufgrund der medizinischen Indikation erfolgt der Abbruch nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durch die Induktion einer Wehentätigkeit. Ob darüber hinaus die in der Frage geschilderten Methoden Anwendung finden, entzieht sich der Kenntnis der Bundesregierung. Grundsätzlich festzustellen bleibt aber, daß jeweils die Methode anzuwenden ist, die im konkreten Einzelfall nach den Erkenntnissen der ärztlichen Kunst angezeigt ist.

28. *Wie wird nach der Abtreibung bei kindlicher Fehlbildung überprüft (etwa durch regelmäßige Autopsie in jedem Einzelfall), ob der pränataldiagnostische Befund zutrifft, werden hierüber Aufzeichnungen angefertigt, welche gesetzlichen Bestimmungen sind hierfür ausschlaggebend, und besteht ggf. gesetzgeberischer Handlungsbedarf?*

Antwort:

Nach Nummer 9 der Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik sollte nach erfolgtem Schwangerschaftsabbruch "die Richtigkeit der pränatalen Diagnose durch eine pathologisch - anatomische und ggf. genetische Untersuchung der Foeten bestätigt werden. Die pathologisch - anatomische Untersuchung erfordert speziellen Sachverstand, wie er in der Regel nur bei entsprechend weitergebildeten Pathologen - Pädopathologen - vorauszusetzen ist. Sinnvollerweise müssen die Ergebnisse allen an der Diagnostik und ärztlichen Betreuung der Schwangeren beteiligten Ärzten zugeleitet werden." Die klinische Sektion dient dabei u.a. der Überprüfung der Diagnosestellung. Sie wird nicht durchgeführt, wenn die nächsten Angehörigen einer beabsichtigten Sektion widersprechen. Das Sektionswesen wird durch Landesgesetze geregelt. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf ist für die Bundesregierung nicht gegeben.

29. *Trifft den Arzt, der eine vorgeburtliche Schädigung oder Behinderung des Kindes diagnostiziert, in jedem Falle eine Pflicht, die Eltern auf die Möglichkeit einer Abtreibung unter den Voraussetzungen der medizinischen Indikation hinzuweisen, auch dann, wenn er aufgrund des Alters des Kindes von dessen extrauteriner Lebensfähigkeit aus-*

gehen muß, welche gesetzlichen, ggf. standesrechtlichen, Vorschriften regeln diesen Bereich, und besteht hier gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

Antwort:

Die Feststellung einer vorgeburtlichen Schädigung oder Behinderung des Kindes steht nicht in einem zwingenden Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation. Insoweit trifft den Arzt keine Verpflichtung entsprechende Hinweise zu geben.

Es gibt keine gesonderten gesetzlichen und standesrechtlichen Bestimmungen über eine Aufklärung bei einem (späten) Schwangerschaftsabbruch. Die Art der Aufklärung ergibt sich jedoch aus der allgemeinen Aufklärungspflicht des Arztes, wie sie bei anderen Eingriffen besteht und durch die Rechtsprechung der Gerichte konkretisiert worden ist. Hierzu hat der Arzt insbesondere zwei berufsständische Empfehlungen zu beachten, die rechtlich zwar nicht Bestandteil seiner Berufsordnung sind, aber den Rechtsrahmen der Aufklärungspflicht vor dem Hintergrund der obergerichtlichen Rechtsprechung beschreiben. Dies sind neben den allgemeinen "Empfehlungen zur Patientenaufklärung" des Vorstandes der Bundesärztekammer von 1990, insbesondere die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von 1987, die einen Schwangerschaftsabbruch der Mutter als mögliche Folge der Diagnostik im Blickfeld haben. Darin ist u.a. festgehalten, daß bei der Beratung der Eltern nicht der Eindruck hervorgehoben werden darf, daß bei bestimmten Befunden, z.B. Trisomie 21, der Schwangerschaftsabbruch die einzige, sich automatisch ergebende Lösung des Problems sei. Ziel der Beratung ist es, mit der Schwangeren zu einer umfassenden Abklärung der Situation zu kommen. Der Arzt hat dabei immer § 6 Satz 1 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte von 1996, der in die jeweils einschlägigen Landesrechte übernommen worden ist, zu beachten, wonach er grundsätzlich verpflichtet ist, das ungeborene Leben zu erhalten.

Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 24. Woche gehört, wie aus einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hervorgeht, zu der gebotenen ärztlichen Aufklärung auch die Aufklärung über das mögliche Überleben des Kindes, wenn pränatal keine Erkrankungen diagnostiziert werden, die ein Überleben des Kindes nicht erwarten lassen. Zu dieser Aufklärung über die mögliche Geburt eines lebenden Kindes bei einem späten Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen gehört es auch, daß die Qualität des weiteren Lebens eines solchen Frühgeborenen sowohl durch den Eingriff des Schwangerschaftsabbruchs, als auch durch die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft zusätzlich beeinflusst werden kann. Darüber hinaus muß die Patientin darüber informiert werden, daß für den Arzt bei einem lebensfähigen Neugeborenen eine Behandlungspflicht besteht.

30. Ist nach Auffassung der Bundesregierung der Arzt auch in solchen Fällen zur Mitteilung eines pränataldiagnostisch erhobenen Befundes verpflichtet, wenn dieser eine erbliche Anlage oder Krankheit beinhaltet, die erst später im Leben zum

Tragen kommt, wie z.B. Chorea Huntington, Diabetes oder Mamma-Carcinom, auch im Bewußtsein, daß daraus eine Abtreibung des Kindes resultieren kann, und sieht die Bundesregierung hier ggf. die Notwendigkeit einer gesetzlichen Beschränkung?

Antwort:

Die Bundesregierung sieht den in der Frage hergestellten Zusammenhang zwischen einer möglichen späteren Schädigung des Kindes und einer medizinischen Indikation nicht.

Jede Aufklärung durch den Arzt muß so umfassend sein, daß Art, Umfang und Tragweite des Geschehens und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermitteln sind.

31. Wie bewertet die Bundesregierung das Abtreibungsgeschehen bei vorgeburtlich diagnostizierten Behinderungen sowie die Gefahr einer Typisierung bestimmter erblicher Anlagen oder Behinderungen, die in der Regel zur Abtreibung des Kindes führen, in Hinsicht auf die gesellschaftliche Einstellung und Solidaritätsbereitschaft gegenüber Menschen mit Behinderungen (vgl. auch TAB Hintergrundpapier Nr. 2: Die Anwendungsproblematik der pränatalen Diagnose aus der Sicht von Beratern und Beratern unter besonderer Berücksichtigung der derzeitigen und zukünftig möglichen Nutzung genetischer Tests, Gutachten im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Januar 1994)?

Antwort:

Der Schutz des ungeborenen Lebens gilt gleichermaßen für ein zu erwartendes behindertes wie nicht behindertes Kind. Die ärztliche Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch hat ausschließlich die Abwehr schwerwiegender körperlicher und seelischer Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren zum Ziel. Aus diesem Grunde lehnt die Bundesregierung eine immer wieder in die Diskussion gebrachte sogenannte Negativliste ab, die die Befunde auflistet, die, pränatal erhoben, straffrei zum Schwangerschaftsabbruch führen dürfen. Hierdurch wird der Gefahr begegnet, daß Schwangerschaften, in denen Krankheiten festgestellt werden, die in einer solchen Liste aufgeführt würden, "automatisch" beendet werden.

Die Akzeptanz und Solidaritätsbereitschaft der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung wird von der Bundesregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Aufgaben auf vielfältige Weise gefördert, u.a. durch die Betonung des uneingeschränkten Lebensrechts der ungeborenen Kinder mit Fehlbildungen, durch die Unterstützung von Verbänden und Selbsthilfeorganisationen der Behindertenarbeit sowie von Projekten und Maßnahmen, die die Integration behinderter Menschen in der Gesellschaft zum Ziel haben.

Dr. Willi Hausmann

Je hilfloser ein Geschöpf ist, umso Anspruch hat es, vom Menschen vor der Grausamkeit des Menschen geschützt zu werden.

Mahatma Ghandi

Entwurf eines Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin:

IPräambel

[Die **Mitgliedstaaten des Europarates**, die anderen Staaten und die Signatarstaaten der Europäischen Gemeinschaft -

Eingedenk der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948 verkündeten Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte,

Eingedenk der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und der Grundfreiheiten vom 4. November 1950,

Eingedenk der Europäischen Sozialcharta vom 18. Oktober 1961,

Eingedenk des Internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte und des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16. Dezember 1966,

Eingedenk des Übereinkommens zum Schutze des Menschen bei der automatischen Bearbeitung personenbezogener Daten vom 28. Januar 1981,

Eingedenk auch der Konvention zum Schutze der Rechte des Kindes vom 20. November 1989,

In der Erwägung, daß das Ziel des Europarates in der Erlangung einer größeren Einheit zwischen seinen Mitgliedern besteht und daß eine der Methoden, mit der dieses Ziel verfolgt werden soll, die Erhaltung und Weiterentwicklung der Menschenrechte und Grundfreiheiten ist,

In dem Bewusstsein der sich beschleunigenden Entwicklungen in Biologie und Medizin,

Überzeugt von der Notwendigkeit der Achtung des Menschen sowohl als Individuum als auch als Mitglied der menschlichen Spezies und in der Erkenntnis der Bedeutung der Wahrung der Menschenwürde,

In dem Bewusstsein dessen, daß der Mißbrauch von Biologie und Medizin zu Handlungen führen kann, die die Menschenwürde gefährden,

Bekräftigend, daß die Fortschritte in Biologie und Medizin zum Nutzen der heutigen und der nachfolgenden Generationen angewendet werden sollen,

In Bekräftigung der Notwendigkeit einer internationalen Zusammenarbeit mit dem Ziel, daß die gesamte Menschheit in den Genuß der Ergebnisse von Biologie und Medizin kommen kann,

In Anerkennung der Bedeutung, die der Förderung einer öffentlichen Debatte über die durch die Anwendung von Biologie und Medizin aufgeworfenen Fragen und die darauf zu gebenden Antworten zukommt,

In dem Wunsch, alle Mitglieder der Gesellschaft an ihre Rechte und ihre Verantwortung

zu erinnern,

Unter Berücksichtigung der Arbeit der Parlamentarischen Versammlung auf diesem Gebiet, einschließlich der Empfehlung 1160 (1991) über die Ausarbeitung einer Konvention zur Bioethik,

Entschlossen, die Maßnahmen zu ergreifen, die zum Schutz der Menschenwürde und der Grundrechte des Individuums im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin erforderlich sind,

haben folgendes **Vereinbart**.

Kapitel I

Allgemeine Bestimmungen

Artikel 1 (Zielsetzung und Gegenstand)

Die Vertragsstaaten dieser Konvention schützen die Würde und die Identität aller Menschen und garantieren jedermann - ohne Unterschied - die Wahrung seiner Integrität und anderer Rechte und Grundfreiheiten im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin.

Artikel 2 (Vorrang des Menschen)

Die Interessen und das Wohlergehen des Menschen haben Vorrang vor dem alleinigen Interesse von Gesellschaft und Wissenschaft.

Artikel 3 (Gerechter Zugang zur medizinischen Versorgung)

Die Vertragsstaaten treffen unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse und der verfügbaren Ressourcen geeignete Maßnahmen, die darauf abzielen, jedermann innerhalb ihres Rechtssystems einen gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen von angemessener Qualität zu eröffnen.

Artikel 4 (Normen der Berufsausübung)

Medizinische Eingriffe, einschließlich der medizinischen Forschung, haben in Übereinstimmung mit den einschlägigen Pflichten und Normen der Berufsausübung zu erfolgen.

Kapitel II

Einwilligung

Artikel 5 (Allgemeine Regel)

Medizinische Eingriffe im Bereich der Gesundheit sind nur nach der vorherigen freiwilligen und informierten Einwilligung der betroffenen Person erlaubt.

Der betroffenen Person sind vor dem Eingriff geeignete Informationen über den Zweck und die Art des Eingriffs sowie über seine Folgen und Risiken zugänglich zu machen.

Die betroffene Person kann ihre Einwilligung jederzeit nach Belieben zurückziehen.

Artikel 6 (Schutz von nicht-einwilligungsfähigen Personen)

1. Vorbehaltlich der Regelungen von Artikel 17 und

20 dürfen an nicht-einwilligungsfähigen Personen Eingriffe nur zu ihrem unmittelbaren Nutzen vorgenommen werden.

2. Medizinische Eingriffe an einer minderjährigen Person, die nach Maßgabe der Rechtsvorschriften nicht einwilligungsfähig ist, dürfen nur mit Einwilligung ihres Vertreters oder einer gesetzlich bestellten Behörde oder Person oder Gremium vorgenommen werden.

Die Meinung des Minderjährigen ist entsprechend seines Alters und seiner Reife als zunehmend ausschlaggebender Faktor zu berücksichtigen.

3. Medizinische Eingriffe an einer erwachsenen Person, die nach Maßgabe der Rechtsvorschriften aufgrund einer geistigen Behinderung, einer Krankheit oder aus einem ähnlichen Grunde nicht einwilligungsfähig ist, dürfen nur mit Einwilligung ihres Vertreters oder einer gesetzlich bestellten Behörde oder Person oder Gremium vorgenommen werden.

Die Person, bei der der Eingriff vorgenommen werden soll, ist soweit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einzubeziehen.

4. Den in den vorstehenden Ziff. 2 und 3 genannten Vertretern, Behörden, Personen oder Gremien sind die in Artikel 5 genannten Informationen unter den gleichen Bedingungen zugänglich zu machen.

5. Die in den vorstehenden Ziff. 2 und 3 genannte Einwilligung kann jederzeit im besten Interesse der betroffenen Person zurückgezogen werden.

Artikel 7 (Schutz von Personen mit einer Geisteskrankheit)

Personen, die an einer schweren Geisteskrankheit leiden, dürfen ohne ihre Einwilligung nach Maßgabe der gesetzlichen Schutzvorschriften einschl. Aufsichts-, Kontroll- und Widerspruchsverfahren einem Eingriff unterzogen werden, der auf eine Behandlung ihrer Geisteskrankheit gerichtet ist, wenn ohne Behandlung mit einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung zu rechnen ist.

Artikel 8 (Notfälle)

Kann die entsprechende Einwilligung aufgrund einer Notfallsituation nicht eingeholt werden, ist jeder medizinisch notwendige Eingriff im Interesse der Gesundheit des Betroffenen ohne Aufschub erlaubt.

Artikel 9 (Zu einem früheren Zeitpunkt geäußelter Wille)

Bei einem Patient, der zum Zeitpunkt eines medizinischen Eingriffs nicht in der Lage ist, seinen Willen zu bekunden, sind seine zu einem früheren Zeitpunkt im Hinblick auf einen medizinischen Eingriff geäußerten Wünsche zu berücksichtigen.

Kapitel III

Privatsphäre und Recht auf Information

Artikel 10 (Privatsphäre und Recht auf Informationen)

1. Jedermann hat das Recht auf Wahrung seiner Privatsphäre im Hinblick auf Informationen über seine Gesundheit.

2. Jedermann hat das Recht, sämtliche Informationen zu kennen, die über seinen Gesundheitszustand gesammelt worden sind. Der Wunsch einer Person, nicht informiert zu werden, ist jedoch zu beachten.

3. In Ausnahmefällen kann die Ausübung der in

der vorstehenden Ziff. 2 enthaltenen Rechte im Interesse des Patienten durch Gesetz eingeschränkt werden.

Kapitel IV

Das menschliche Genom

Artikel 11 (Diskriminierungsverbot)

Jede Form der Diskriminierung einer Person aufgrund ihrer genetischen Eigenschaften ist verboten.

Artikel 12 (Prädiktive Gentests)

Gentests zur Prognose von Erbkrankheiten oder Gentests, die entweder der Identifizierung von Trägern eines Gens, das für eine Krankheit verantwortlich ist, oder der Erkennung einer genetischen Prädisposition oder Anfälligkeit für eine Krankheit dienen, dürfen nur zu gesundheitlichen Zwecken oder zur wissenschaftlichen Forschung im Zusammenhang mit gesundheitlichen Zwecken und vorbehaltlich einer geeigneten humangenetischen Beratung durchgeführt werden.

Artikel 13 (Eingriffe in das menschliche Genom)

Ein Eingriff, der auf eine Veränderung des menschlichen Genoms abzielt, darf nur zu präventiven, therapeutischen oder diagnostischen Zwecken und nur insoweit vorgenommen werden, als er nicht das Ziel einer Veränderung des Genoms der Nachkommenschaft hat.

Artikel 14 (Verbot der Geschlechtswahl)

Der Einsatz reproduktionsmedizinischer Verfahren zum Zweck der Wahl des Geschlechtes eines Kindes ist nicht erlaubt, es sei denn in Ausnahmefällen zur Verhinderung einer schwerwiegenden geschlechtsgebundenen Erbkrankheit.

Kapitel V

Wissenschaftliche Forschung

Artikel 15 (Allgemeine Regel)

Vorbehaltlich der Bestimmungen dieser Konvention und der anderen Rechtsvorschriften zum Schutz des Menschen soll im Bereich Biologie und Medizin frei und ungehindert geforscht werden.

Artikel 16 (Schutz von in die Forschung einbezogenen Personen)

Die Forschung an einer Person ist nur erlaubt, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- i) Es gibt zur Forschung am Menschen keine Alternative von vergleichbarer Wirksamkeit;
- ii) Die Risiken für die Versuchsperson stehen in einem angemessenen Verhältnis zum potentiellen Nutzen der Forschung;
- iii) Das Forschungsprojekt ist von einem kompetenten Gremium nach einer unabhängigen Prüfung des wissenschaftlichen Nutzens, einschl. der Wichtigkeit des Forschungszieles und der ethischen Vertretbarkeit genehmigt worden;
- iv) Die in die Forschung einbezogenen Probanden sind über ihre Rechte und die zu ihrem Schutz vorgeschriebenen gesetzlichen Bestimmungen aufgeklärt worden;
- v) Die nach Artikel 5 erforderliche Einwilligung ist ausdrücklich und spezifisch erteilt und

dokumentiert worden. Diese Einwilligung kann jederzeit nach Belieben widerrufen werden.

Artikel 17 (Schutz von nicht-einwilligungsfähigen Personen in der Forschung)

1. Forschung an einer Person, die nicht in der Lage ist, eine Einwilligung nach Artikel 5 zu geben, ist nur erlaubt, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind:

- i) Die in lit. (i) bis (iv) des Artikels 16 genannten Bedingungen sind erfüllt;
- ii) Die Ergebnisse der Forschung haben das Potential eines direkten Nutzens für die Gesundheit des Probanden;
- iii) Eine gleichermaßen wirksame Forschung kann an einwilligungsfähigen Personen nicht durchgeführt werden;
- iv) Die nach Artikel 6 erforderliche Einwilligung ist ausdrücklich und schriftlich erteilt worden;
- v) Die Versuchsperson erhebt keine Einwände.

2. In Ausnahmefällen und entsprechend den gesetzlich vorgesehenen Schutzbestimmungen kann auch Forschung, die nicht das Potential eines direkten Nutzens für die Gesundheit des Probanden hat, vorbehaltlich der in der vorstehenden Ziff. 1, lit. (i), (iii), (iv) und (v) niedergelegten Bedingungen und der nachstehenden zusätzlichen Bedingungen erlaubt werden:

- i) Die Forschung hat zum Ziel, durch beträchtliche Verbesserung des wissenschaftlichen Verständnisses über den Zustand, die Krankheit oder die Störung des Probanden zur schließlichen Erreichung von Ergebnissen beizutragen, die in der Lage sind, der betroffenen Person, oder anderen Personen in der gleichen Alterskategorie, oder die von der gleichen Krankheit oder Störung betroffen oder in dem gleichen Zustand sind, einen Nutzen zu bescheren:*)
- ii) Das Risiko und die Belastung für den Probanden durch die Forschung sind nur minimal.

Artikel 18 (Forschung an Embryonen in vitro)

1. Sofern die Forschung an in-vitro-Embryonen gesetzlich erlaubt ist, ist ein ausreichender Schutz des Embryos sicherzustellen.
2. Die Erzeugung menschlicher Embryonen für Forschungszwecke ist verboten.

Kapitel VI

Organ- und Gewebeentnahme von Lebendspendern für Transplantationszwecke

Artikel 19 (Allgemeine Regel)

1. Die Entnahme von Organen oder Gewebe von einer lebenden Person zum Zweck der Transplantation darf nur erfolgen, wenn sie dem therapeutischen Nutzen des Empfängers dient und wenn kein geeignetes Organ oder Gewebe von einer verstorbenen Person und keine andere therapeutische Methode vergleichbarer Wirksamkeit zur Verfügung steht.
2. Die nach Artikel 5 erforderliche Einwilligung

muß ausdrücklich und spezifisch entweder in schriftlicher Form erteilt oder vor einem offiziellen Gremium erklärt worden sein.

Artikel 20 (Schutz von Personen, die nicht in eine Organentnahme einwilligen können)

1. Die Entnahme von Organen oder Gewebe von einer nicht-einwilligungsfähigen Person im Sinne des Artikels 5 ist nicht erlaubt.
2. In Ausnahmefällen und nach Maßgabe der gesetzlichen Schutzbestimmungen kann die Entnahme von regenerierbarem Gewebe bei einer nicht-einwilligungsfähigen Person erlaubt werden, wenn die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

- i. Es steht kein passender Spender zur Verfügung, der einwilligungsfähig ist;
- ii. Der Empfänger ist ein Bruder oder eine Schwester des Spenders;
- iii. Die Spende muß für den Empfänger ein lebensrettendes Potential haben;
- iv. Die in Artikel 6, Ziff. 2 und 3 vorgesehene Einwilligung ist ausdrücklich und in schriftlicher Form, wie gesetzlich vorgeschrieben, erteilt worden;
- v. Der potentielle Spender erhebt keine Einwände.

Kapitel VII

Verbot der Erzielung von finanziellem Gewinn und Weiterverwertung von menschlichen Körperstücken

Artikel 21 (Verbot der Erzielung von finanziellem Gewinn)

Der menschliche Körper und seine Teile dürfen als solche nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden.

Artikel 22 (Weiterverwendung entnommener menschlicher Körperstücke)

Körperstücke, die im Verlauf eines Eingriffs entnommen werden, können nur dann gelagert und für einen anderen Zweck als den bei der Entnahme vorgesehenen verwendet werden, wenn dabei die entsprechenden Aufklärungs- und Einwilligungsverfahren eingehalten werden.

Kapitel VIII

Verletzung der Bestimmungen der Konvention

Artikel 23 (Verletzung von Rechten oder Grundsätzen)

Die Vertragsstaaten sehen einen geeigneten rechtlichen Schutz vor, um eine widerrechtliche Verletzung der in dieser Konvention enthaltenen Rechte und Grundsätze kurzfristig zu verhindern oder zu beenden.

Artikel 24 (Ersatz für unbillige Schäden)

Eine Person, die infolge eines Eingriffs einen unbilligen Schaden erlitten hat, hat Anspruch auf eine angemessene Entschädigung entsprechend den gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen.

*) Anm.d. Übers.: Die deutsche Übersetzung hält sich hier sehr eng an die engl. Formulierung, die für sich spricht.

Artikel 25 (Sanktionen)

Die Vertragsstaaten sehen geeignete Sanktionen vor, die im Falle eines Verstoßes gegen die Bestimmungen dieser Konvention zur Anwendung kommen.

Kapitel IX

Verhältnis zwischen dieser Konvention und anderen Bestimmungen

Artikel 26 (Einschränkung der Ausübung von Rechten)

1. Eine Einschränkung der Ausübung der in dieser Konvention enthaltenen Rechte und Schutzbestimmungen ist nur statthaft, insoweit diese Einschränkung gesetzlich vorgesehen ist und eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für die öffentliche Sicherheit, zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der öffentlichen Gesundheit oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten Dritter erforderlich ist.
2. Die in der vorstehenden Ziff. 1 vorgesehenen Einschränkungen von Rechten und Schutzbestimmungen dürfen nicht auf die Artikel 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 und 21 angewandt werden.

Artikel 27 (Weiterreichender Schutz)

Keine der Bestimmungen dieser Konvention ist dahingehend auszulegen, daß sie die Möglichkeit einer Vertragspartei zur Gewährung eines über die Bestimmungen dieser Konvention hinausreichenden Schutzes im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin einschränkt oder anderweitig präjudiziert.

Kapitel X

Öffentliche Diskussion

Artikel 28 (Öffentliche Diskussion)

Die Vertragsstaaten werden dafür sorgen, daß die sich durch die Entwicklungen in Biologie und Medizin ergebenden fundamentalen Fragen, insbesondere unter Berücksichtigung der relevanten medizinischen, gesellschaftlichen, ökonomischen, ethischen und rechtlichen Implikationen, zum Gegenstand einer angemessenen öffentlichen Diskussion gemacht und daß ihre mögliche praktische Anwendung zum Gegenstand geeigneter Beratungen gemacht werden.

Kapitel XI

Auslegung und Überwachung der Konvention

Artikel 29 (Auslegung der Konvention)

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte kann jederzeit auf Anrufung durch

- die Regierung eines Vertragsstaates, nachdem diese die anderen Vertragsstaaten informiert hat;
- den nach Artikel 32 dieser Konvention einzusetzenden Ausschuß auf Beschluß einer Zwei/Drittel-Mehrheit, wobei die Mitgliedschaft im Ausschuß auf die Vertreter der Vertragsparteien dieser Konvention beschränkt ist;

ohne direkten Bezug auf ein bei einem Gericht anhängiges spezielles Verfahren Rechtsgutachten im Zusammenhang mit rechtlichen Fragen der Auslegung dieser Konvention abgeben

Artikel 30 (Berichte über die Anwendung dieser Konvention)

Auf Aufforderung durch den Generalsekretär des Europarates werden die Vertragsstaaten Bericht erstatten, in welcher Weise die Anwendung der in dieser Konvention vorgesehenen Regelungen durch ihr innerstaatliches Recht sichergestellt wird.

Kapitel XII

Protokolle

Artikel 31 (Protokolle)

Entsprechend Artikel 32 können zur Weiterentwicklung der in dieser Konvention enthaltenen Grundsätze für spezifische Bereiche Protokolle geschlossen werden.

Diese Protokolle stehen den Signatarstaaten der Konvention zur Unterzeichnung offen. Sie bedürfen der Ratifizierung, Annahme oder Billigung. Ein Signatarstaat kann die Protokolle nicht ratifizieren, annehmen oder billigen, ohne vorher oder gleichzeitig die Konvention ratifizieren, angenommen oder gebilligt zu haben.

Kapitel XIII

Änderungen

Artikel 32 (Änderungen)

1. Die dem "Ausschuß" in diesem Artikel 32 und in Artikel 29 zugewiesenen Aufgaben werden vom Lenkungsausschuß für Bioethik (CDBI) oder von einem anderen, vom Ministerkomitee zu diesem Zweck benannten Ausschuß wahrgenommen.
2. Unbeschadet der entsprechenden Bestimmungen von Artikel 29, kann jedes Mitglied des Europarates und jede Vertragspartei dieser Konvention, die kein Mitglied des Europarates ist, in diesem Ausschuß vertreten sein und mit einem Stimmrecht von 1 Stimme über die dem Ausschuß zugewiesenen Aufgaben mitentscheiden.
3. Die in Artikel 33 genannten Staaten oder entsprechend Artikel 34 zum Beitrag zu dieser Konvention aufgeforderte Staaten, die kein Vertragsstaat sind, können in dem Ausschuß durch einen Beobachter vertreten werden. Wenn die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft keine Vertragspartei ist, kann sie im Ausschuß durch einen Beobachter vertreten werden.
4. Zur Verfolgung der wissenschaftlichen Entwicklungen, wird die vorliegende Konvention spätestens 5 Jahre nach ihrem Inkrafttreten und danach in Abständen, die der Ausschuß für angemessen hält, überprüft.
5. Änderungsvorschläge zu dieser Konvention sowie Vorschläge zur Erstellung oder Änderung eines Protokolls, die von einem Vertragsstaat, dem Ausschuß oder dem Ministerkomitee eingebracht werden, sind dem Generalsekretär des Europarates mitzuteilen und von diesem an die Mitgliedstaaten des Europarates, die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft, die Signatarstaaten und alle nach Artikel 33 zur Unterzeichnung der Konvention aufgeforderten Staaten sowie alle nach Artikel 34 zum Beitritt aufgeforderten Staaten weiterzuleiten.
6. Der Ausschuß prüft den Änderungsvorschlag frühestens zwei Monate, nachdem

der Generalsekretär den Änderungsvorschlag gem. Ziff. 5 übermittelt hat. Der Ausschuß leitet den mit zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen angenommenen Wortlaut zur Billigung an das Ministerkomitee weiter, welches ihn nach Billigung den Vertragsstaaten zur Ratifizierung, Annahme oder Billigung zuleitet.

7. Für Vertragsstaaten, die eine Änderung angenommen haben, tritt diese nach Ablauf einer Frist von einem Monat ab Datum, an dem fünf Staaten, davon mindestens vier Mitglieder des Europarates, dem Generalsekretär Mitteilung über ihre Annahme gemacht haben, am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.
Für eine Vertragspartei, die eine Änderung nachträglich annimmt, tritt diese nach Ablauf einer Frist von einem Monat ab Datum, an dem die Vertragspartei dem Generalsekretär Mitteilung über ihre Annahme macht, am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.

Kapitel XIV Schlußklauseln

Artikel 33 (Unterzeichnung, Ratifizierung und Inkrafttreten)

1. Die Konvention liegt für alle Mitgliedstaaten des Europarates, alle Nicht-Mitgliedstaaten, die an der Erstellung beteiligt waren und für die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft zur Unterzeichnung auf.
2. Die Konvention bedarf der Ratifizierung, Annahme oder Billigung. Die Ratifizierungs-, Annahme- oder Billigungsurkunden sind beim Generalsekretär des Europarates zu hinterlegen.
3. Die Konvention tritt nach Ablauf einer Frist von drei Monaten ab Datum, an dem sich fünf Staaten, davon mindestens vier Mitgliedstaaten des Europarates, nach Artikel 33, Ziff. 2 an die Konvention gebunden erklären, am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.
4. Die Konvention tritt für Unterzeichner, die sich nachträglich an sie gebunden erklären, nach Ablauf einer Frist von drei Monaten ab Datum der Hinterlegung ihrer Ratifizierungs-, Annahme- oder Billigungsurkunden am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.

Artikel 34 (Nicht-Mitgliedstaaten)

1. Das Ministerkomitee des Europarates kann nach Inkrafttreten der Konvention nach Konsultation mit den Vertragsstaaten jeden Nicht-Mitgliedsstaat des Europarates durch Mehrheitsbeschluß nach Artikel 20, lit. d) des Europa-Rat-Statuts und auf einstimmigen Beschluß der Vertreter der Vertragsstaaten, die ein Recht auf einen Sitz im Ministerkomitee haben, auffordern, der Konvention beizutreten.
2. Die Konvention tritt für Beitrittsstaaten nach Ablauf einer Frist von drei Monaten ab Datum der Hinterlegung ihrer Beitrittsurkunde beim Generalsekretär des Europarates am ersten Tag des darauffolgenden Monats in-

kraft.

Artikel 35 (Hoheitsgebiete)

1. Jeder Unterzeichner kann bei Unterzeichnung oder Hinterlegung der Ratifizierungs-, Annahme- oder Billigungsurkunde das Territorium oder die Territorien angeben, für das bzw. die diese Konvention gelten soll. Jeder andere Beitrittsstaat kann bei Hinterlegung seiner Beitrittsurkunde die gleiche Erklärung abgeben.
2. Jeder Vertragsstaat kann den Geltungsbereich dieser Konvention jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt durch eine an den Generalsekretär des Europarates gerichtete Erklärung auf ein anderes, in der Erklärung genanntes, Territorium ausweiten, für dessen internationale Beziehungen er verantwortlich oder in dessen Namen er Verpflichtungen einzugehen berechtigt ist. Für dieses Territorium tritt die Konvention nach Ablauf einer Frist von drei Monaten nach Eingang der Notifikation beim Generalsekretär am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.
3. Nach Ziff. 1) und 2) abgegebene Erklärungen können hinsichtlich der darin angegebenen Territorien durch Mitteilung an den Generalsekretär widerrufen werden. Der Widerruf tritt nach einer Frist von drei Monaten nach Eingang der Notifikation beim Generalsekretär am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.

Artikel 36 (Vorbehalte)

1. Jeder Vertragsstaat und die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft kann bei Unterzeichnung der Konvention oder bei Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde im Hinblick auf jede Bestimmung der Konvention insoweit einen Vorbehalt machen, als ein in seinem Hoheitsgebiet geltendes Gesetz den Bestimmungen der Konvention widerspricht. Vorbehalte allgemeiner Art sind nach diesem Artikel nicht erlaubt.
2. Jeder nach diesem Artikel geltend gemachte Vorbehalt muß eine kurze Angabe des entsprechenden Gesetzes enthalten.
3. Ein Vertragsstaat, der den Geltungsbereich dieser Konvention auf ein in der Erklärung nach Artikel 35, Ziff. 2 genanntes Territorium ausdehnt, kann für dieses Territorium einen Vorbehalt nach den vorstehenden Ziff. 1 und 2 machen.
4. Jeder Vertragsstaat, der einen Vorbehalt entsprechend dieses Artikels 36 gemacht hat, kann diesen jederzeit durch eine an den Generalsekretär des Europarates gerichtete Erklärung widerrufen. Der Widerruf tritt nach einer Frist von einem Monat nach Eingang des Widerrufs beim Generalsekretär am ersten Tag des darauffolgenden Monats inkraft.

Artikel 37 (Kündigung)

1. Diese Konvention kann von jedem Vertragsstaat durch eine an den Generalsekretär des Europarates gerichtete Notifikation jederzeit gekündigt werden.
2. Die Kündigung wird nach Ablauf einer Frist

von drei Monaten nach Eingang der Notifikation beim Generalsekretär am ersten Tag des darauffolgenden Monats rechtswirksam.

Artikel 38 (Mitteilungen)

Der Generalsekretär des Europarates notifiziert den Mitgliedstaaten des Europarates, der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, den Signatarstaaten, den Vertragsstaaten und allen Staaten, die zum Beitritt zu dieser Konvention aufgefordert wurden

- a jede Unterzeichnung;
- b jede Hinterlegung einer Ratifizierungs-, Annahme- oder Billigungsurkunde;
- c die Daten des Inkrafttretens dieser Konvention gem. Artikel 33 oder 34;
- d jede Änderung und jedes Protokoll, das entsprechend Artikel 32 angenommen wurde sowie das Datum ihres Inkrafttretens;
- e jede nach Artikel 35 abgegebene Erklärung;

- f jeden Vorbehalt, der nach Artikel 36 geltend gemacht oder widerrufen wurde;
- g alle sonstigen Akte, Notifikationen oder Mitteilungen in Bezug auf diese Konvention.

Zu Urkund dessen haben die hierzu gehörig befugten Unterzeichneten diese Konvention unterschrieben.

Geschehen zu.....am..... in englischer und französischer Sprache, wobei jeder Wortlaut gleichermaßen verbindlich ist, in einer Urschrift, die im Archiv des Europarates hinterlegt wird. Der Generalsekretär des Europarates übermittelt allen Mitgliedstaaten des Europarates, der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, den an der Ausarbeitung dieses Übereinkommen beteiligten Nicht-Mitgliedstaaten, und jedem Staat, der zum Beitritt zu diesem Übereinkommen aufgefordert wurde, beglaubigte Abschriften.

Beitrittserklärung

Der / die Unterzeichnete erklärt seinen / ihren Beitritt zur **EUROPÄISCHEN ÄRZTEAKTION** und bittet um laufende Zusendung des Informationsmaterials und der Publikationen.

Name:.....
 Vorname:.....
 Geburtstag:.....
 Beruf:.....
 Wohnort:.....

Wir bitten unsere Mitglieder und Freunde in Anbetracht der immer wachsenden Aufgaben und Kosten, weitere Mitglieder zu werben, um die Last auf mehr Schultern zu verteilen.

Straße:.....
 Tel. Nr.:.....

Ich erkläre mich bereit einen Mitgliedsbeitrag von 10 DM monatlich (120.- DM jährlich) zu entrichten.

Unterschrift:.....

Der Bezugspreis von "Medizin und Ideologie" ist bei Mitgliedern im Mitgliedsbeitrag enthalten.

**Medienliste:
Bücher:**

van den Aardweg, Dr. Gerard J.M.	
Das Drama des gewöhnl. Homosexuellen	29.95 DM
Selbsttherapie von Homosexualität	19.95 DM
Beckmann, Rainer:	
Abtreibung in der Diskussion	14.80 DM
Bleischmidt, Prof. Dr. Erich:	
Das Wunder des Kleinen	6.50 DM
Wie beginnt das menschliche Leben	13.50 DM
Die Erhaltung der Individualität	
<i>Restposten!</i>	5.00 DM
Ernst, Dr. med. Siegfried:	
Dein ist das Reich	20.00 DM
engl.	8.00 DM
russisch	8.00 DM
Sprechende Steine, lebendiges Glas,	
Vermächtnis aus Holz, 4 farbig	49.50 DM
Esser, Ruth	
Der Arzt im Abtreibungsstrafrecht	30.00 DM
Europäische Ärzteaktion:	
Alarm um die Abtreibung	25.00 DM
Gassmann, Lothar:	
Abtreiben?	12.00 DM
Götz, Dr. med. Georg:	
Ehe und Familie heute	9.80 DM

Häubler, Dr. med. Alfred:	
Das Zeichen des Widerspruchs	
<i>Sonderpreis!</i>	2.00 DM
Jacquiot, Cl.:	
Handel mit ungeborenem Leben	26.80 DM
Kreybig, Th. v.:	
Ein gesundes Baby	19.80 DM
Entstehung von Mißbildungen	2.00 DM
Kuhn, Prof. Dr. Wolfgang:	
Zwischen Tier und Engel	18.00 DM
Lackmann, Pfr. Max :	
Ein Mann schreit	6.00 DM
Neuer, Dr. Werner:	
Mann und Frau in christlicher Sicht	19.50 DM
Rösler MdL, Roland:	
Der Menschen Zahl	14.80 DM
Rohstoff Mensch	18.00 DM
Rötzer, Prof. Dr. med. Josef:	
Natürliche Empfängnisregelung	24.00 DM
Siegmund, Prof. Georg:	
Sein oder Nichtsein	20.00 DM
Silvio, Flavio d:	
Das Ding	5.00 DM
Simpfendorfer, Karl:	
Verlust der Liebe	19.80 DM
Thürkauf, Prof. Dr. Max:	
Christuswärts	14.00 DM
Die Gottesanbeterin	14.00 DM

Willke MD., J.C.:
 Abtreibung-die fragw. Entscheidung 14.50 DM
World Federat.:
 Vortr. Weltkongreß Medizin u. Ideologie 5.00 DM
v. Straelen, Henry:
 Abtreibung die große Entscheidung 10.00 DM

Vorträge:

als:
 Kassetten (falls erschienen): Preis in *Kursivdruck*
 Druck (falls erschienen): Preis in Normaldruck

Backhaus, Elisabeth:
 Mitschuldig? 5.00 DM
Berger, Dr.med. Heribert:
 Die Problematik der Amniozentese aus
 der Sicht eines Pädiaters 8.00 1.00 DM
 Euthanasie als Bedrohung
 des Menschen 8.00 1.00 DM
 Die Abtreibung aus der Sicht
 des Kinderarztes 2.00 DM
Bossle, Prof. Dr. Lothar:
 Das Gesundheitswesen vor dem
 Sozialisierungstod 5.00 2.00 DM
Büchner, Bernward
 Lebensrecht unter Gewissensvorbehalt 1.50 DM
v. Coelln, Herm.
 Schule, Grundgesetz und Elternhaus 1.00 DM
Does de Willebois, Alex. v.d.:
 Beherrschte u. integrierte Sexualität 2.00 DM
Dollinger, Dr. Ingo
 Medizinische Wissenschaft und
 Moralthologie 8.00 2.00 DM
Ehmann, Dr.med. Rudolf
 Probleme der Geburtenregelung 5.00 3.00 DM
 ab 50 Stk. 2.50 DM
Ernst, Dr.med. Siegfried
 neu: Gegen die progressive
 Sexparalyse Europas 5.00 DM
 Bescheinigungsbüro oder Rat und Hilfe 3.00 DM
 Denkschrift gegen gespaltenes Denken 3.00 DM
 Evangelische Gedanken zur Frage des
 Petrusamtes 5.00 DM
 Sexualaufklärung oder
 Geschlechtererziehung 16.00 1.00 DM
 Südafrika und die Menschenrechte 0.20 DM
 Student im Dritten Reich, Faust IV. Teil 5.00 DM
 als Radioaufführung 8.00
 eigens gesprochene Ergänzung
 hierzu 8.00
 Wissenschaft von gestern als ideologischer Irrtum
 von heute 2.00 DM
 russisch 3.00 DM
 SOS Südafrika (Hör Dokument) 5.00 DM
 Die Unverfügbarkeit des
 menschlichen Lebens 5.00 DM
 Ulmer Denkschrift 1.50 DM
 Ist die Sexualethik der Päpste zeitgemäß? 3.00 DM
Europäische Ärzteaktion:
 Tatsachen über "Pro Familia" e.V. 1.00 DM
Furch, Dr.med. Magdalene:
 Über die psychischen Folgen
 der Abtreibung 5.00 2.00 DM
Furch, Dr.med. Wolfgang
 Abtreibung und ärztlicher Heil Auftrag-
 die Konfliktsituation des Arztes 5.00 2.50 DM
Geier, Erna M.
 Die politische Diskussion um die
 Abtreibungspraxis in der BRD
 muß neu entfacht werden 8.00 2.00 DM

Götz, Dr.med. Georg
 Ärztliche Gedanken zum Leitthema über die
 Situation in d. BRD 8.00 3.00 DM
Götz/Norris Amniozentese oder die moderne
 Selektion 8.00 2.00 DM
Gunning, Dr.med. Karel
 Die Komplementarität von Naturwissenschaft,
 Glauben 5.00 2.00 DM
 Die Euthanasie in Holland -
 Das absichtliche Töten 8.00 2.00 DM
Günthör OSB, Prof. Dr. P. Anselm
 Die Rolle der Moralthologie im geistig-sittlichen
 Niedergang Europas 8.00 3.00 DM
Habsburg MdEP, Otto von
 Bekenntnis zu Menschenwürde, Leben und
 Zukunft Europas 8.00 1.00 DM
Häußler, Dr.med. Alfred
 Die natürliche Familienplanung 2.00 DM
 Die Kontrazeption und ihre Folgen für die
 Gesellschaft 8.00 2.00 DM
 Die Pille, das Unheil des 20. Jahrhunderts 5.00 DM
 Die Selbstzerstörung Europas 2.00 DM
Hoeres, Prof. Dr. Walter
 Der Einzelne oder das größte
 Glück der größten Zahl 8.00 2.00 DM
Holzgartner, Hartwig
 Die politische und soziale Lage im
 Abtreibungsumfeld 8.00 1.00 DM
Hummel, Dr.med. Siegfried
 Abtreibung in der DDR 1.50 DM
Jacob, Prof. Dr.med. Ruthard
 Gedanken zur Problematik der
 Abtreibungen... 8.00 2.00 DM
Kägi, Werner
 Die Gefährdung der rechtlichen Grundlagen
 Europas 8.00 2.00 DM
Kongr. f.d.kath.
 Orientierung zur Erziehung in der
 menschlichen Liebe 7.50 DM
Kreybig, Dr.med. Thomas von
 Hormone und Schwangerschaft 0.20 DM
 Verhütung angeborener Behinderungen 3.00 DM
 Die Wirkung eines Östrogen/Gestagen
 Präperates auf die vorgeburtliche
 Entwicklung der Ratte 0.20 DM
Lubczyk, Prof. Hans
 Das Lebensrecht jedes Menschen
 in der Bibel 2.00 DM
Maier, Pater Otto SJM
 Katholische Moralthologie in Deutschland ein
 offenkundiges Desaster 8.00 2.00 DM
 Das Ende einer Epoche fordert einen neuen
 Denkansatz 5.00 2.50 DM
Motschmann, Elisabeth
 Sind wir auf dem Weg in eine mutterlose
 Gesellschaft? 8.00 2.00 DM
Neuer, Dr. Werner:
 idea Dokument. "Pro familia"/Christen für das
 Leben 8.00 DM
 idea Dokument. "Chemischer Krieg" gegen
 Kinder? 4.80 DM
Papsthart, Alexander
 Zur rechtlichen Frage
 im Abtreibungsumfeld 8.00 1.00 DM
 Das Abtreibungsrecht im "Vereinigten
 Deutschland" 2.00 DM
Philberth, Karl:
 Im Anfang schuf
 Gott Himmel und Erde 5.00 1.50 DM

Philipp, Wolfgang:		
Abtreibung als öffentlich rechtliche Kassenleistung		2.00 DM
Die Finanzierung der Abtreibungen durch die Krankenkassen.		2.00 DM
Ramm, Walter:		
Familienplanung in der Bundesrepublik	5.00	2.00 DM
Rösler, Roland:		
Betrachtungen zur Herrschaft durch Bevölkerungskontrolle	5.00	2.50 DM
Rötzer, Prof. Dr.med. Josef:		
Die verantwortliche Weitergabe des Lebens in medizinisch-anthropologischer Sicht	2 x 8.00	6.00 DM
Russischer Priester:		
Über die Glaubenssituation in der UdSSR	8.00	
Schmidt, Prof.Dr.med. Magnus:		
Abortus und Euthanasie		2.00 DM
Schneider, Prof.Dr. Hermann		
Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD) Kairo		1.50 DM
Schöttler, Prof.Dr. Rudolf		
Menschenrechte für jeden oder "Sterbehilfe" von Anfang bis zum Ende?		
Eine liberale Antwort		5.40 DM
Serretti, Massimo		
Die Natur der menschlichen Person		2.00 DM
Staehelin, Prof.Dr. Balthasar:		
Vom naturwissenschaftlichen und vom christlichen Menschenbild		2.00 DM
Straaten, P. Weerenfried van:		
Predigt aus der Abschlusfeier in St. Ulrich		3.00 DM
Süßmuth, Prof. Dr. Roland		
AIDS - Mehr als eine Herausforderung an die moderne Sozietät	5.00	3.50 DM
Thürkauf, Prof.Dr. Max		
Darf die Wissenschaft tun was sie kann?	8.00	2.00 DM
Erben des ewigen Lebens		2.00 DM
Endzeit des Marxismus	5.00	2.50 DM
Trembley, E.:		
Die Affäre Rockefeller		5.00 DM
Vilmar, Dr.med. Carsten		
Bekennnis zu Menschenwürde, Leben...	8.00	2.00 DM
Waldstein, Prof.Dr.jur. Wolfgang		
Lebensschutz und Rechtsstaatlichkeit	8.00	3.00 DM
Werner MdB, Herbert		
Bestandsaufnahme		2.00 DM
Westphalen, Johanna Gräfin von:		
Abtreibungsfreigabe - Hilfe für Frauen oder...	5.00	2.00 DM
Willke, J.&E.		
Der Kampf um die geistig moralischen Grundlagen der USA	8.00	2.00 DM

Postvertriebsstück - Entgelt bezahlt - E 13915
Europäische Ärzteaktion, Postf. 1123, 89001 Ulm

Flugblätter:

Abtreibung aus der Sicht eines Mediziners		0.10 DM
ab 1000 Stk		0.07 DM
Bevor Sie eine Abtreibung erwägen		0.10 DM
ab 1000 Stk		0.08 DM
Das sollte Sie nachdenklich machen		0.05 DM
ab 1000 Stk.		0.04 DM
Der tödliche Betrug		0.50 DM
ab 250 Stk		0.30 DM
Der Irrtum Haeckels		0.50 DM
ab 400 Stk.		0.30 DM
Die Pille:"Das Ei des Kolumbus"-		
oder eine Zeitbombe		0.10 DM
ab 1000 Stk.		0.08 DM
Ergebnis einer aussichtslosen Notlage		0.50 DM
ab 100 Stk.		0.40 DM
Für Lebensrecht und Zukunft Europas!		0.50 DM
Gesundheitliche Folgen eines Schwangerschaftsabbruches		0.15 DM
ab 1000 Stk.		0.10 DM
Leben oder Tod		0.15 DM
ab 500 Stk		0.12 DM
ab 1000 Stk.		0.10 DM
Von A - Z unwahr		0.30 DM
ab 650 Stk		0.20 DM
Was ist Mord?		0.15 DM
ab 1000 Stk		0.12 DM

Verschiedenes:

Videokassette "Der stumme Schrei"	98.00 DM
Videokassette "Die frühen Phasen der menschlichen Entwicklung"	160.00 DM
Ton/Diaserie "Mensch von Anfang an"	75.00 DM
Video oder Ton/Diaserie leihweise	10.00 DM
Füßchen Anstecknadel gold oder silber	2.00 DM
ab 100 Stk.	1.80 DM
Nur für Mitglieder:	
Emailschild "World Federation of Doctors who respect..."	30.00 DM
Aufkleber "World Federation of Doctors who respect..."	1.00 DM
VHS Videocassette Ernst:	
Ist Gott ein Konsumartikel?	60.00 DM
Sexualaufklärung od. Geschlechterziehung	60.00 DM

Impressum: Herausgeber, Redaktion und Vertrieb: **EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION** in den deutschsprachigen Ländern e.V., Postfach 1123, 89001 Ulm

Tel.: 0731/722933 Fax.: 0731/724237

Postbank Stuttgart 136 89-701, Sparkasse Ulm 123 509

Verantwortlich für den Inhalt: Dr.med. Alfred Häußler, Neckarsulm

Satz: Europäische Ärzteaktion, Ulm

Druck: INGRA - Werbung, Lindau

gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier