

MEDIZIN & IDEOLOGIE

1 / 11



Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion

33. Jahrgang 1/2011



Einzelpreis 4,- € B13915



Impressum

Herausgeber, Redaktion und Vertrieb:

EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION
in den deutschsprachigen Ländern e.V.
Postfach 200. A-5010 Salzburg

Telefon AT: +43(0)664 - 11 88 820
Telefon DE: +49(0)163 - 67 32 888
E-Mail: aerzteaktion@aol.com
Internet: www.aerzteaktion.eu

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Bernhard Gappmaier

Redaktion: Dr. Manfred M. Müller;
Dr. Eva Salm
Gestaltung: Dr. Manfred M. Müller
Satz: Jakob Sproski, BA
Druck: Samson-Druck,
A-5581 St. Margarethen
Telefon: +43(0)6476 - 833-0

Medizin und Ideologie

erscheint viermal pro Jahr
Einzelausgabe: 4 € / Jahresabo: 16 €

Hinweise für Autoren

Die Zusendung von Artikeln, Kommentaren, Kurzinformationen oder Rezensionen zu bioethischen und anthropologischen Fragestellungen aus den Bereichen der Medizin, Rechtswissenschaften, Theologie, Philosophie, Pädagogik und anderen ist erwünscht. Aber auch Hinweise zu einzelnen Fragestellungen und Publikationen, die für die Zeitung geeignet erscheinen, sind willkommen.

Der Umfang der Artikelbeiträge sollte in der Regel 2-6 Seiten betragen (Seite zu 5.500 Buchstaben mit Leerzeichen). Ausnahmen sind in Einzelfällen möglich, eventuell ist eine Darstellung in Folgeform anzustreben. Längere Beiträge sollten einleitend mit einer kurzen Zusammenfassung versehen werden, Artikel, Kommentare und Rezensionen abschließend mit einer kurzen biographischen Notiz zur Person des Autors.

Die Beiträge sind in gedruckter Form und als Datei eines Standardprogrammes (z.B. Word) zu übersenden, nach telefonischer Absprache ist auch die Übersendung als E-Mail möglich.

Die Europäische Ärzteaktion

ist eine gemeinnützige Vereinigung von Ärzten und Nicht - Ärzten. Sie wurde 1975 in Ulm von Herrn Dr. Siegfried Ernst mit der Zielsetzung gegründet, die Achtung des menschlichen Lebens vom Beginn der Zeugung bis zu seinem natürlichen Tod in allen medizinischen und gesellschaftlichen Bereichen zu fördern.

Die rasant zunehmenden Möglichkeiten der Medizin lassen immer neu die Frage aufkommen, ob das medizinisch Machbare wünschenswert und letztendlich auch menschenwürdig ist. Der Mensch darf nicht Objekt von Machbarkeitsstreben sein, sondern er muß in seiner Gesamtheit, in den Dimensionen von Körper, Geist und Seele verstanden werden, wie es im christlichen Verständnis des Menschen beispielhaft zum Ausdruck kommt.

Unsere Zeitschrift „Medizin und Ideologie“ bietet Beiträge von Autoren verschiedener Disziplinen zu den vielfältigen bioethischen und anthropologischen Fragestellungen. Denn diese betreffen nicht nur die Medizin und die Ärzte, sondern die Gesellschaft insgesamt. Und ihre Einschätzung und Lösung braucht sowohl fachliches Wissen wie eine stimmige geistige Orientierung.

Dabei gibt der Name „Medizin und Ideologie“ immer mal wieder Anlaß zur Nachfrage, denn häufig versteht man unter „Ideologie“ eine eher willkürliche, sachlich nur teilweise begründete und verzerrte Wahrnehmung und Interpretation der Realität. Doch der Begriff „Ideologie“ bedeutet wörtlich die „Lehre von den Ideen“ und die Ausformung einer konkreten weltanschaulichen Perspektive im Sinne eines schlüssigen Ideensystems. Und so dient diese Zeitschrift dem Anliegen, die medizinisch-ethischen Grenzfragen im Kontext der sie beeinflussenden weltanschaulichen Ideen darzustellen und zu verstehen.

Vereinsvorstand der
Europäischen Ärzteaktion:

Dr. med Bernhard Gappmaier
Dr. med Birgitta Stübßen
Dr. med Alfred Häußler †
Prof. Dr. Hans Schieser
Dr. med. Rudolf Ehmann
Dr. Winfried König

Die **Europäische Ärzteaktion** ist Mitglied der *World Federation of Doctors who Respect Human Life* sowie Mitglied im *Bundesverband Lebensrecht (BVL)*.

Jeder Beitrag zählt

Da unsere gemeinsame Arbeit auch weiterhin nur von den Spenden unserer Mitglieder und Freunde getragen wird, kommen wir nicht umhin, auch für die Zukunft um Spenden und Unterstützung zu bitten. Wir wollen dies aber nicht tun, ohne gleichzeitig für alle bisherige Unterstützung zu danken. Besonders danken möchten wir auch jenen, die uns ihre tiefe Verbundenheit und ihren Beistand durch testamentarische Verfügung über ihren eigenen Tod hinaus versichert haben. Wir werden ihr aller Vertrauen rechtfertigen.

Am einfachsten und kostengünstigsten wäre es, wenn Sie uns einen Dauerauftrag erteilen würden, den Sie jederzeit widerrufen können.

Bankverbindungen:

Deutschland:

Sparkasse Ulm
Konto-Nr: 123 509, BLZ 630 500 00
IBAN: DE 56 630 500 000 000 12350
BIC: SOLADES 1 ULM

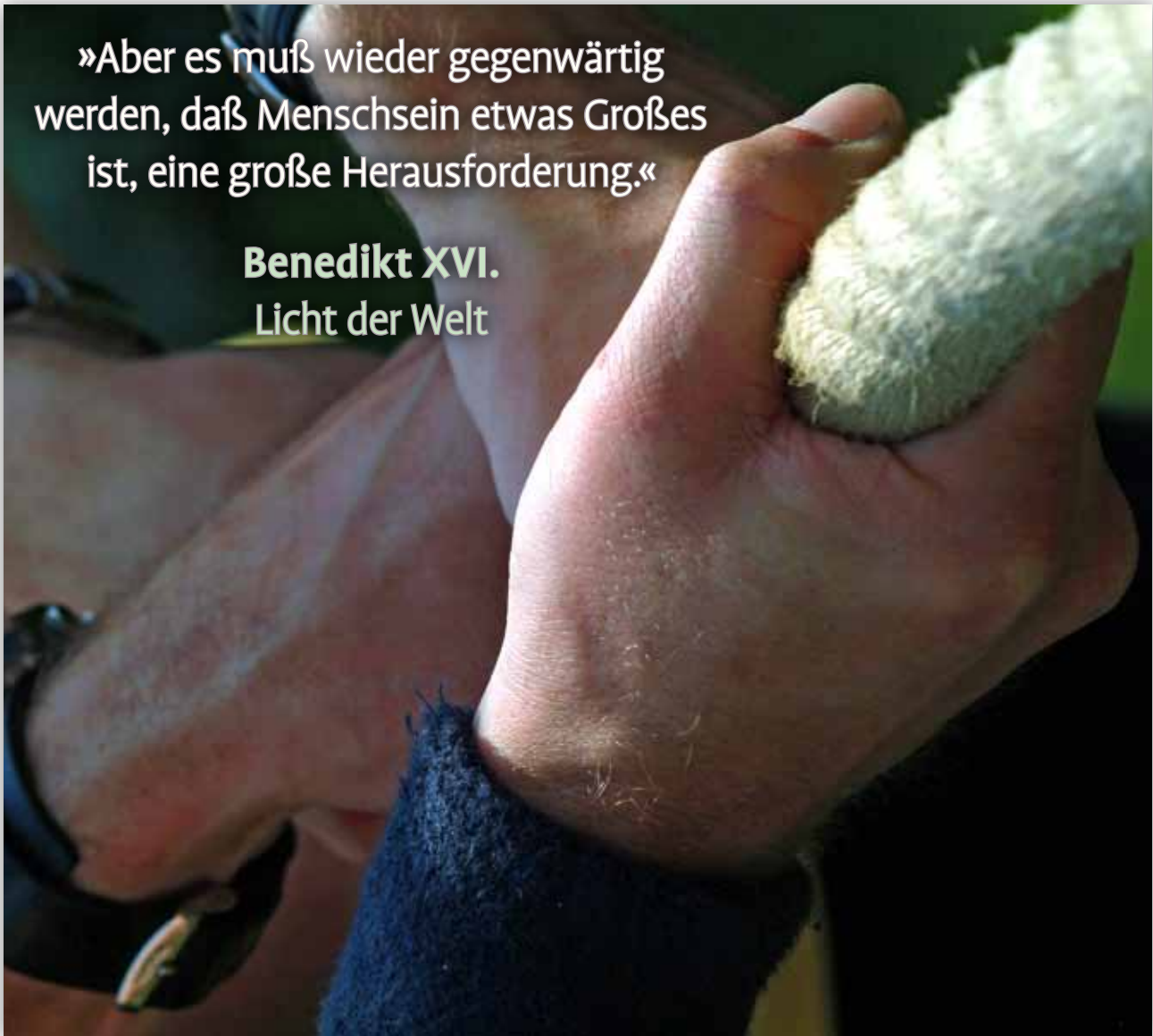
Österreich:

RAIKA Ramingstein - Thomatal
Konto-Nr. 14 555, BLZ 35 050
IBAN: AT 843 5050 000 000 14555
BIC: RVSAAT 2 S 050

Selbstverständlich ist Ihre Spende auch weiterhin steuerlich abzugsfähig.

»Aber es muß wieder gegenwärtig werden, daß Menschsein etwas Großes ist, eine große Herausforderung.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt



ABTREIBUNG

- 4** Spätabtreibung oder der Trick mit der embryopathischen Indikation
von *Dr. Hans Reis*

PAS

- 18** PAS – drei Buchstaben, ein Minenfeld
von *Dr. Manfred M. Müller*

ETHIK

- 32** Bausteine für eine Ethik des Lebens
von *Dr. Werner Neuer*

BLITZLICHT

- 14** Es sollen nicht Krankheiten, sondern die Kranken selbst eliminiert werden
- 30** Fabrikneue Kinder
- 44** Expert: Abortion has led to 300,000 extra breast cancer deaths in U.S.
- 46** USA: Leiterin einer Abtreibungsklinik wechselt zur Pro-Life-Bewegung

SPÄTABTREIBUNG ODER DER TRICK MIT DER EMBRYOPATHISCHEN INDIKATION

von DR. HANS REIS

Die Regelung nach geltendem Recht

Am 14. September 2009 wurde im Bundesgesetzblatt, Teil I, Seite 2990, das Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 26. August 2009 verkündet, dessen Ziel es ist, die seit mehr als zehn Jahren umstrittene Praxis der sog. Spätabtreibung, worunter eine Abtreibung nach der 22. Schwangerschaftswoche zu verstehen ist, wenn schon nicht zu unterbinden, so doch wenigstens einzudämmen.

Inhaltlich bestimmt das Gesetz, daß die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Informationsmaterial zum Leben mit einem geistig oder körperlich behinderten Kind und dem Leben von Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung erstellen soll. Das Informationsmaterial soll den Hinweis auf den Rechtsanspruch auf psychosoziale Beratung nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und auf Kontaktadressen von Gruppen, Beratungsstellen sowie Behindertenverbänden und Verbänden von Eltern behinderter Kinder enthalten¹. Außerdem soll, wenn nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die

Annahme sprechen, daß die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, beraten. Die Beratung soll in allgemeinverständlicher Form und ergebnisoffen erfolgen und die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie die Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen umfassen². Weiterhin hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der nach § 218b Abs. 1 StGB die Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB zu treffen hat, vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Abs. 1 StGB die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten sowie über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und, soweit dies nicht bereits geschehen ist, im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG zu vermitteln. Die schriftliche Feststellung darf, außer wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden soll, um eine gegenwärtige er-

ABTREIBUNG

»Verfolgt der
Papst täglich die
Nachrichten? -
Auch das,
natürlich«

Benedikt XVI.
Licht der Welt



hebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden, nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose oder nach der Beratung vorgenommen werden³.

Zur Beratung des Gesetzes hatten dem Deutschen Bundestag der 16. Wahlperiode zwei Entschließungsanträge und vier Gesetzentwürfe vorgelegen, die jeweils von teilweise fraktionsübergreifenden Gruppen eingebracht worden waren. Der Entschließungsantrag auf Drucksache 16/11342 geht auf eine Initiative von Abgeordneten der Fraktion der SPD und der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen zurück und der Entschließungsantrag auf Drucksache 16/11377 auf eine solche von Abgeordneten der Fraktion Die Linke. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11106 hatten Abgeordnete der Fraktion der CDU/CSU, denen sich die der Fraktion der SPD angehörende frühere Familienministerin Renate Schmidt anschloß, eingebracht, den Gesetzentwurf auf Drucksache 16/11330 Abgeordnete der Fraktion der FDP und die Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 16/11347 und 16/12664 jeweils Abgeordnete der Fraktion der SPD und der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen. Nach einem Beschluß des federführenden Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem sich der Rechtsausschuß und der Ausschuß für Gesundheit mitberatend angeschlossen haben, wurden die Entwürfe auf den Drucksachen 16/11106, 16/11330 und 16/11347 zusammengeführt und gemäß der Beschlußempfehlung auf Drucksache 16/12970 in der 221. Sitzung des Deutschen Bundestages am 13. Mai 2009 in der zusammengeführten Fassung verabschiedet. Der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung am 12. Juni 2009 auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses⁴ verzichtet, so daß das Gesetz verkündet werden konnte.

Parturiunt montes, nascetur ridiculus mus, könnte man von diesem ja doch nicht erst in der 16., sondern auch schon in der 14. und 15. Wahlperiode des Deutschen Bundestages diskutierten Gesetzesvorhaben sagen; denn das einzige, was damit bewirkt wird, besteht darin, daß der Arzt oder die Ärztin eine Schwangere, die im Rahmen einer pränatalen Diagnostik von ihm oder ihr erfährt, daß mit der Geburt eines geistig oder körperlich behinderten Kindes zu rechnen sei, zusätzlich darüber beraten

muß, was das für sie bedeutet oder doch jedenfalls bedeuten kann. Daß auf Grund einer solchen Beratung auch nur eine einzige Spätabtreibung vermieden wird, erscheint eher unwahrscheinlich, und deshalb soll hier aufgezeigt werden, wie eine auch nur einigermaßen wirksame Regelung aussehen könnte und müßte, wenn sie wenigstens etwas in dieser Richtung bewirken soll.

Der Fortfall der embryopathischen Indikation

Ausgelöst worden war die Debatte über die Spätabtreibung dadurch, daß es bei den Beratungen im Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestags zu den Gesetzentwürfen zur Anpassung der Bestimmungen des Strafgesetzbuchs über den Schwangerschaftsabbruch an die Vorgaben des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993⁵ zu einer Debatte auch darüber gekommen war, wie in Zukunft die Fälle behandelt werden sollen, in denen dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustands leiden würde. Während die Fraktion der FDP und die der CDU/CSU mit Ausnahme der Mitglieder der Initiativgruppe „Schutz des menschlichen Lebens“, die einen eigenen Gesetzentwurf⁶ eingebracht hatten, in ihren Gesetzentwürfen⁷ vorgeschlagen hatten, die in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts unbeanstandet gebliebene embryopathische Indikation, wie sie in § 218a Abs. 3 StGB in der Fassung des Artikels 13 Nr. 1 des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes vom 27. Juli 1992⁸ formuliert war, unverändert zu lassen, sollte sie nach dem von der Fraktion der SPD eingebrachten Gesetzentwurf⁹ künftig entfallen. Maßgebend war dafür einmal die Erwägung, daß auf Betreiben von SPD und PDS inzwischen gemäß Artikel 1 Nr. 1 Buchst. b) des Gesetzes vom 27. Oktober 1994¹⁰ dem Artikel 3 Abs. 3 GG ein Satz 2 angefügt worden war, in dem es heißt, niemand dürfe wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Außerdem hatten auch die Behindertenverbände gegen eine Beibehaltung dieser Indikation Bedenken ange-

meldet. Als sich dann SPD, CDU/CSU und FDP auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf¹¹ einigten, hatte sich in diesem die Fraktion der SPD mit ihrer Auffassung durchgesetzt, daß die embryopathische Indikation künftig entfallen solle.

Innerhalb der Fraktion der CDU/CSU indessen hatte es offenbar Gegenstimmen gegeben, die an der embryopathischen Indikation als einem selbständigen Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch festhalten wollten. Wie aus zuverlässiger Quelle zu erfahren war, soll daraufhin die Abgeordnete Maria Eichhorn in einer Sitzung der Fraktion der CDU/CSU erklärt haben, der Deutsche Caritasverband sei damit einverstanden, daß, sofern die embryopathische Indikation als selbständiger Indikationsstatbestand entfalle, diese auch weiterhin als Rechtfertigungsgrund anerkannt werden solle, indem man sie als einen Unterfall der sog. medizinischen Indikation interpretiere. Ob ein Gespräch mit dem Deutschen Caritasverband, in dem solches vereinbart worden ist, tatsächlich stattgefunden hat, erscheint dabei durchaus zweifelhaft, nicht zuletzt weil die deutschen Bischöfe in ihren Stellungnahmen zu der Neufassung des Gesetzes stets mit besonderem Nachdruck auch kritisiert haben, daß die embryopathische Indikation sozusagen durch die Hintertür doch wieder als Rechtfertigungsgrund anerkannt worden sei.

Bei der Beratung des Gesetzentwurfs in dem federführenden Ausschuß¹² verständigte man sich dann jedenfalls darauf, daß durch die Umschreibung des Tatbestands der medizinischen Indikation in § 218a Abs. 2 StGB die entsprechenden Fallkonstellationen aufgefangen werden könnten, so daß damit zwar klargestellt werde, daß eine Behinderung niemals zu einer Minderung des Lebensschutzes führen könne¹³. Auf der anderen Seite wurde jedoch dadurch, daß dabei die Worte „... unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der Schwangeren“ eingefügt wurden, eine Regelung getroffen, die ganz offensichtlich verfassungswidrig ist, weil nach den Grundprinzipien der Rechtfertigungslehre zur Rechtfertigung eines Schwangerschaftsabbruchs allenfalls aktuell drohende Gefahren berücksichtigt werden dürfen, die von dem Zustand der Schwangerschaft als solcher ausgehen, nicht aber

auch nur für die in Zukunft befürchteten Gefahren, die allein darauf beruhen, daß die Behinderung des Kindes auch nach dessen Geburt für die Mutter eine schwerwiegende Belastung darstellen könnte¹⁴. Wäre nämlich ein Schwangerschaftsabbruch auch in solchen Fällen zu rechtfertigen, so könnte die Tötung eines bereits geborenen Kindes, das erst nach der Geburt an einem die Mutter erheblich belastenden – oder um es mit der im Zusammenhang mit dem Abtreibungsstrafrecht gebräuchlichen Formulierung zu sagen – für sie „nicht zumutbaren“ Leiden erkrankt und dadurch behindert ist, ebenfalls gerechtfertigt werden.

Auch in der Praxis ist es auf Grund dieser neuen Umschreibung des Tatbestands der medizinischen Indikation nicht selten zu dem Mißverständnis gekommen, daß diese damit so habe ausgeweitet werden sollen, daß „die in der embryopathischen Indikation ruhende zweite Dimension“, nämlich die Tötung eines Kindes um seiner Tötung – oder vielleicht besser gesagt, um seiner Behinderung – willen, darin Platz hat¹⁵.

Dieses Mißverständnis hat deshalb dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer Veranlassung gegeben, in einer im Deutschen Ärzteblatt vom 20. November 1998¹⁶ veröffentlichten Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik klarzustellen, daß sowohl nach dem Wortlaut des Gesetzes als auch nach dem Willen des Gesetzgebers ein Schwangerschaftsabbruch keinesfalls allein wegen eines mittels pränataler Diagnostik festgestellten auffälligen Befundes bei einem Kind medizinisch indiziert sei. Wer so argumentiere, so heißt es in der Erklärung, verkenne, daß eine medizinische Indikation auch im Zusammenhang mit einer Erkrankung, Entwicklungsstörung oder Anlagetragerschaft des ungeborenen Kindes immer die Feststellung voraussetze, daß – nach ärztlicher Erkenntnis – die Fortsetzung der Schwangerschaft die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren bedeuten würde, die nicht auf andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

Da mit dem Fortfall der früheren embryopathischen Indikation indessen auch die nach der ent-



sprechenden Regelung bestimmt gewesene Frist von 22 Wochen, innerhalb deren der Eingriff in diesen Fällen hatte vorgenommen werden müssen, hinfällig geworden ist, war es vor Bekanntwerden der Erklärung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zu einer Reihe von tragischen Fällen gekommen, in denen schwerstbehinderte Kinder, die eigentlich hatten abgetrieben werden sollen, die Abtreibung überlebt und die beteiligten Ärzte und Eltern vor schier unlösbare Dilemmata gestellt haben. Der spektakulärste Fall dieser Art war der eines Kindes, bei dem im Sommer 1997 in der Oldenburger Frauenklinik in der 25. Schwangerschaftswoche eine Trisomie 21 (Down-Syndrom) pränatal diagnostiziert worden war und dessen Eltern daraufhin den sofortigen Abbruch der Schwangerschaft verlangten. Als das Kind mit einem Gewicht von 690 Gramm dann doch lebend zur Welt gekommen war, ließen es die Ärzte des Krankenhauses zehn Stunden lang unversorgt liegen. Erst als es am folgenden Morgen trotz weiterer Schädigungen, die es infolge Sauerstoffmangels und Unterkühlung erlitten hatte, immer noch lebte, entschlossen sie sich, nunmehr intensivmedizinische Maßnahmen einzuleiten. Das Kind ist inzwischen in einer Pflegefamilie untergebracht. In einem ähnlich gelagerten Fall hat noch im Sommer 1999 ein Arzt in einem Krankenhaus in Zittau einem Kind, das ebenfalls nach einem Abtreibungsversuch lebend zur Welt gekommen war, solange Mund und Nase zugehalten, bis es erstickte und starb. Nach zuverlässigen Informationen kann davon ausgegangen werden, daß bei Spätabtreibungen nach der 20. Schwangerschaftswoche etwa ein Drittel der Kinder lebend zur Welt kommen; was in der Praxis mit ihnen geschieht, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Gedacht war nur an eine Beratungsregelung

Wiewohl Fälle wie die in Oldenburg und in Zittau eigentlich strafrechtlich geahndet werden müßten, sind, als sie bekannt wurden, sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei allen Fraktionen des Deutschen Bundestags Stimmen laut geworden, die ein Eingreifen des Gesetzgebers forderten. Ein erster

»Das Einfache sehen,
darauf kommt es an.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt

Schritt in dieser Richtung bestand darin, daß die Arbeitsgruppe Recht der Fraktion der CDU/CSU sowie weitere Abgeordnete dieser Fraktion mit drei zu diesem Zweck eingeladenen Experten ein Gespräch zur Frage der Spätabtreibung führten, in dessen Verlauf der langjährige Kommentator zum Strafgesetzbuch Herbert Tröndle vorschlug, die Worte „... unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der Schwangeren“ aus der Umschreibung des Tatbestands der medizinischen Indikation zu streichen, ein Vorschlag, den zuvor auch schon der der Initiativgruppe „Schutz des menschlichen Lebens“ angehörende Abgeordnete Hubert Hüppe eingebracht hatte. Bei den übrigen Teilnehmern der Gesprächsgruppe stieß dieser Vorschlag indessen auf wenig Zustimmung, weil man befürchtete, daß dadurch die gesamte Diskussion um die Abtreibung



erneut eröffnet werden könnte. Das aber wollte die Fraktionsspitze unbedingt vermeiden, und so war die Mehrheit der Fraktion der CDU/CSU wohl schon damals darauf festgelegt, keinesfalls mehr als eine zusätzliche Beratung der Schwangeren zu fordern. Als nächstes kam es zu einer internen Stellungnahme der Abgeordneten Maria Böhmer vom 15. Februar 2001, in der sie u.a. vorschlug, die Beratung der Schwangeren einem Dreiergremium, bestehend aus einem Frauenarzt, einem Kinderarzt und einem Psychologen zu übertragen, damit diese nicht mehr allein in der Hand eines einzigen Arztes liege, sondern in die Verantwortung eines Kollegiums gestellt werde.

So brachte dann die Fraktion der CDU/CSU auf Drucksache 14/6635 einen Entschließungsantrag ein, in dem die Bundesregierung aufgefordert

wurde, werdende Eltern im Rahmen einer psychosozialen Beratung bereits frühzeitig über die möglichen medizinischen Erkenntnisse und die damit verbundenen Konfliktsituationen aufzuklären. Da dieser Vorschlag im Plenum keine Zustimmung fand, wurde er auf Drucksache 15/1566 erneut eingebracht, wobei er dahingehend ergänzt wurde, daß bei Vorliegen der Voraussetzungen einer medizinischen Indikation im Zusammenhang mit einer Behinderung des ungeborenen Kindes die Begutachtung einem interdisziplinär besetzten Kollegium aus den Bereichen Frauenheilkunde, Kinderheilkunde, Psychologie und Humangenetik übertragen werden sollte. Auch sollte nach diesem Antrag bis zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs in der Regel eine Bedenkzeit von drei Tagen eingehalten werden. Die Bundesregierung wurde zudem aufgefordert zu prüfen, ob eine Regelung möglich



sei, die sowohl der Achtung vor dem Leben und der Würde des Kindes gerecht wird, als auch die Einhaltung der ärztlichen Pflichten im Rahmen des Behandlungsvertrages sicherstellt. Auch auf Drucksache 15/3948 wurden diese Vorschläge noch einmal wiederholt. Auf Drucksache 15/4148 stellten sodann auch die Fraktionen der SPD und von Bündnis 90/Die Grünen sowie auf Drucksache 15/5034 die Fraktion der FDP ähnliche Anträge, wobei auch die Fraktionen der SPD und von Bündnis 90/Die Grünen Wert darauf legten, daß die Ärzte bei der Feststellung der Behinderung eines ungeborenen Kindes Fachleute verschiedener Disziplinen hinzuzögen.

Nachdem dann in dem in der 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestags zwischen CDU/ CSU und SPD vereinbarten Koalitionsvertrag festgelegt worden war, daß auch das Thema der Spätabtreibung auf die Tagesordnung gesetzt werden solle, kam es zu der hier eingangs dargestellten Gesetzgebung, nicht zuletzt weil zuvor die Bundesärztekammer ebenfalls eine entsprechende Regelung gefordert hatte. Wenn aber auf Grund einer solchen Gesetzgebung Spätabtreibungen wirklich hätten verhindert werden sollen, so hätte das in ganz anderer Weise angegangen werden müssen.

Wie eine effektive Regelung aussehen müßte

Grundvoraussetzung für eine effektive Regelung wäre sicherlich, daß zunächst die Verfassungswidrigkeit des geltenden Gesetzes beseitigt wird, die, wie vorstehend dargelegt, darin besteht, daß mit den Worten „... unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensumstände der Schwangeren“ in der Umschreibung des Tatbestands der medizinischen Indikation in § 218a Abs. 2 StGB eine im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts¹⁷ und unter Abwägung der betroffenen Verfassungsgüter viel zu weitgehende Legitimierung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen worden ist. Notfalls könnte auch versucht werden, diesen Mangel im Rahmen eines bei dem Bundesverfassungsgericht anhängigen Verfahrens zu be-

heben.

Weiterhin ist bei der Formulierung der Neufassung des § 218a Abs. 2 StGB gemäß Artikel 8 Nr. 3 des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) vom 21. August 1995¹⁸ ganz offensichtlich eine wichtige Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 28. Mai 1993¹⁹, sei es versehentlich oder absichtlich, übersehen worden: In Übereinstimmung mit dem dem Urteil vorangestellten Leitsatz 15 heißt es dort²⁰ ausdrücklich, einem Ausnahmetatbestand, wie er in dieser Bestimmung, und zwar nicht nur im Hinblick auf eine etwaige Behinderung des Kindes, sondern auch im Fall einer sonstigen Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren, formuliert ist, könne nach unverzichtbaren rechtsstaatlichen Grundsätzen rechtfertigende Wirkung nur dann zukommen, wenn das Vorliegen seiner Voraussetzungen unter staatlicher Verantwortung festgestellt worden ist. Das aber wäre nur dann gewährleistet, wenn in allen Fällen des Vorliegens einer medizinischen Indikation eine öffentliche Einrichtung wie z.B. eine bei den nach Landesrecht in den Stadt- und Landkreisen für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständigen unteren Verwaltungsbehörden, in der Regel also bei den Gesundheitsämtern, errichtete Kommission die Entscheidung zu treffen hätte.

Hinzukommt, daß nach dem Wortlaut des § 218a Abs. 2 StGB der Schwangerschaftsabbruch unter den dort umschriebenen Kautelen überdies nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt sein muß. Ärztliche Erkenntnis aber ist, wie in Literatur und Rechtsprechung einhellig anerkannt, nicht lediglich die Erkenntnis eines einzelnen Arztes oder gar sein Ermessen, sondern es muß sich um eine objektive medizinische Erkenntnis handeln, die auf objektiven Erfahrungen beruht; mit anderen Worten: Der Begriff enthält, wie dies der Bundesgerichtshof in seinem – im Fall Theissen – ergangenen Urteil vom 3. Dezember 1991²¹ formuliert hat, die Summe medizinischen Fachwissens und allgemeiner menschlicher Erfahrung. Auch die Notwendigkeit, daß die Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation in diesem Sinne ärztlicher Erkenntnis entspricht, läßt es geboten erscheinen, daß eine aus in der Regel drei Ärzten bestehende unabhängige Kommis-

sion die Entscheidung treffen sollte und nicht ein einzelner Arzt, der dann evtl. selbst den Schwangerschaftsabbruch vornehmen soll.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang ferner, daß nicht nur nach der – in Bayern und Hessen zwar schon bald nach Kriegsende – im übrigen damaligen Bundesgebiet aber erst gemäß Artikel 8 Nr. 2 des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974²² aufgehobenen Vierten Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 18. Juli 1935²³ ärztliche Gutachterstellen eingerichtet waren, die über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden hatten. Vielmehr enthielt auch das in der früheren DDR ergangene Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9. März 1972²⁴ in seinem § 2 Abs. 2 die Bestimmung, daß die Entscheidung über die Zulässigkeit einer später als zwölf Wochen nach Schwangerschaftsbeginn durchzuführenden Unterbrechung eine Fachärztekommision zu treffen habe. Auch mit dieser Bestimmung sollte offenbar sichergestellt werden, daß es bei Spätabtreibungen nicht zu Situationen kam, wie in den Fällen der beiden Kinder in Oldenburg und in Zittau, und man muß dazu wohl sagen, daß selbst die damals in der DDR geltende Regelung wesentlich restriktiver war als das heutige Recht.

Da es sich, wie dargelegt, nach dem hier zur Diskussion gestellten Vorschlag zu § 218a Abs. 2 StGB praktisch um zwei verschiedene Kategorien von Fällen handelt, nämlich einmal um solche, in denen eine Gefahr für das Leben oder die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren selbst zu einer Indikationsfeststellung Anlaß gibt, und zum anderen um Fälle, in denen ein auffälliger Befund bei dem noch ungeborenen Kind befürchtet wird, müßten die entsprechenden Kommissionen in beiden Fällen auch unterschiedlich und zwar so besetzt sein, daß ihnen Ärzte angehören, die für die jeweils in Betracht kommenden Fachgebiete qualifiziert sind. Weiterhin sollten die Kommissionen möglichst ortsnah errichtet werden, damit ihre Entscheidung ohne zeitliche Verzögerung eingeholt werden kann. In erster Linie böten sich deshalb dafür, wie bereits angemerkt, die örtlichen Gesundheitsämter an. Die in diesem Zusammenhang

aufauchende Frage, ob diesen nach Landesrecht errichteten Behörden auch durch Bundesrecht Aufgaben übertragen werden können, ist bereits anläßlich der Beratung des Gesetzes zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften vom 20. Juli 2000²⁵ eingehend geprüft und bejaht worden. Die Regelung näherer Einzelheiten zum Verfahren und zur Finanzierung der für die Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB zuständiger Kommissionen müßte jedoch dem Landesrecht vorbehalten bleiben.

Eine Regelung durch ärztliches Standesrecht?

Realistisch betrachtet, ist freilich kaum damit zu rechnen, daß es in absehbarer Zeit in diesem Bereich zu einer Regelung kommt, die den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in seinem Urteil vom 28. Mai 1993 wirklich entspricht; denn auf kaum einem anderen Gebiet ist die Neigung der politischen Parteien, sich über zwingende Normen der Verfassung hinwegzusetzen so groß, wie gerade im Bereich des Lebensschutzes. Nicht unerwähnt bleiben soll deshalb, daß es jedoch auch noch einen anderen Weg gäbe, um die hier aufgezeigten Mängel der Gesetzgebung zu überwinden. Eine Möglichkeit dazu bietet nämlich auch das ärztliche Standesrecht.

Wie bereits bemerkt, war die im übrigen damaligen Bundesgebiet bis zum Inkrafttreten des Fünften Gesetzes zur Reform des Strafrechts²⁶ fortgeltende Vierte Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses²⁷, in der die Einrichtung von ärztlichen Gutachterstellen geregelt war, die über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des bis dahin geltenden Rechts zu entscheiden hatten, in Bayern bereits gemäß Gesetz Nr. 4 vom 20. November 1945²⁸ und in Hessen gemäß Verordnung vom 16. Mai 1946²⁹ ausdrücklich für nicht mehr anwendbar erklärt worden. Gleichwohl hat sich der Bundesgerichtshof in einem Urteil vom 15. Januar 1952³⁰ in einem Fall, der sich im Bezirk des Landgerichts Traunstein, also im Freistaat Bayern, abgespielt hatte, auf den Stand-



»Zweifellos. Darum geht es. Daß wir gottfähig werden und so in das eigentliche, in das ewige Leben hineinkommen können.«

Benedikt XVI. Licht der Welt

punkt gestellt, daß auch ohne gesetzliche Grundlage ärztliche Gutachterstellen eingerichtet werden könnten, die über das Vorliegen einer Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden hätten, weil sämtliche Voraussetzungen, die in § 14 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und in der dazu ergangenen Vierten Ausführungsverordnung normiert waren, sich auch schon aus den Grundsätzen der Pflichten- und Güterabwägung ergäben. Dementsprechend haben in Bayern und Hessen damals auch ohne gesetzliche Grundlage allein im Rahmen des ärztlichen Stan-

desrechts weiterhin solche Gutachterstellen bestanden, und die dafür maßgebenden Verfahrensvorschriften waren in Bayern in einem gegen Ende der fünfziger Jahre von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Handbuch für den bayerischen Arzt unter Abschnitt A III-5 veröffentlicht worden.

Diese damalige Handhabung aber eröffnet die Möglichkeit, auch unter der Geltung der derzeitigen Regelung im Rahmen des ärztliche Standesrechts solche Gutachterstellen einzurichten, um

dem in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993³¹ aufgestellten Erfordernis Rechnung zu tragen, daß das Vorliegen der in § 218a Abs. 2 StGB normierten Voraussetzungen unter staatlicher Verantwortung festgestellt werden muß. Eingerichtet werden könnten diese bei den einzelnen Ärztekammern und ihre Arbeitsweise könnte und sollte in den von den Ärztekammern erlassenen Berufsordnungen für die Ärzte geregelt werden. Besetzt werden könnten und sollten auch diese Gutachterstellen mit einer entsprechenden Anzahl von Ärzten, die für die jeweils in Betracht kommenden Fachgebiete qualifiziert sind. Auf diese Weise könnte z.B. auch sichergestellt werden, daß die Grundsätze, die die Bundesärztekammer in ihrer Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik³² niedergelegt hat, mit größerem Nachdruck ins Spiel gebracht werden. Eine solche Regelung wäre auch mit dem Wortlaut des § 218a Abs. 2 StGB durchaus vereinbar. Wenn es dort nämlich heißt, der Schwangerschaftsabbruch müsse nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt sein, so wird aus den bereits dargelegten Gründen auch diesem Erfordernis sehr viel eher Rechnung getragen, wenn die Entscheidung über das Vorliegen einer Indikation eine Mehrzahl von Ärzten trifft und nicht nur ein einzelner Arzt, der evtl. dann auch den Schwangerschaftsabbruch vornehmen soll.

Sich innerhalb der Ärzteschaft um eine solche Regelung zu bemühen, könnte sicherlich eine dankenswerte Aufgabe für die Europäische Ärzteaktion in den deutschsprachigen Ländern e.V. mit dem Sitz in Ulm sein.

Kurzbiographie des Autors

DR. HANS REIS, derzeit Rechtsanwalt in Berlin. Seit mehr als drei Jahrzehnten intensive Auseinandersetzung mit Themen des Lebensschutzes und der Bioethik. Zahlreiche Veröffentlichungen; redaktioneller Bearbeiter der deutschen Ausgabe des vom Päpstlichen Rat für die Familie herausgegebenen Lexikon Familie.

Abkürzungsverzeichnis

BayBS	Bereinigte Sammlung des Bayerische Landesrechts
BayGVBl	Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt
BGBL	Bundesgesetzblatt
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BT-Drs.	Verhandlungen des Deutschen Bundestages, Anlagen zu den stenographischen Berichten (Drucksachen)
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
DDR-GBL	Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
HessGVBl	Hessisches Gesetz- und Verordnungsblatt
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
StGB	Strafgesetzbuch

Fußnoten

1. Vgl. § 1 Abs. 1a SchKG
2. Vgl. § 2a Abs. 1 SchKG
3. Vgl. § 2a Abs. 2 SchKG
4. Vgl. Artikel 77 Abs. 2 GG
5. Vgl. BVerfGE 88, 203
6. Vgl. BT-Drs. 13/395
7. Vgl. BT-Drs. 13/268, S. 8 und BT-Drs. 13/285, S. 8 f.



8. Vgl. BGBl. I, 1398
9. Vgl. BT-Drs. 13/27, S. 3 f.
10. Vgl. BGBl. I, 3146
11. Vgl. BT-Drs. 13/1850
12. Vgl. BT-Drs. 13/1850, S. 26
13. Vgl. den Bericht des Ausschusses, Drs. 13/1850, S. 25 f.
14. Vgl. dazu Helmut Frister, Spätabtreibung – in: Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2003, S. 381-393; hier: S. 390 f.
15. Vgl. Hermann Hepp, Pränatalmedizin und reformierter § 218a StGB – oder die „versteckte Indikation“ – in: Der Gynäkologe 1996, S. 407-411; hier: S. 408, linke Spalte
16. Vgl. Ausgabe A, S. 3013-3016
17. Vgl. BVerfGE 88, 203 [257 f.]
18. Vgl. BGBl. I, 1050
19. Vgl. BVerfGE 88, 203
20. Vgl. BVerfGE 88, 203 [274]
21. Vgl. BGHSt 38, 144 [157]
22. Vgl. BGBl. I, 1297
23. Vgl. BGBl. III-453-6-1
24. Vgl. DDR-GBl. I, 89
25. Vgl. BGBl. I, 1045
26. Vgl. oben Fußnote 22
27. Vgl. oben Fußnote 23
28. Vgl. BayGVBl. 1946, S. 1 = BayBS II, 106 = BGBl. III-453-6a
29. Vgl. HessGVBl. S. 117 = BGBl. III-453-6b
30. Vgl. BGHSt. 2, 111 = NJW 1952, 312

31. Vgl. oben Fußnote 20

32. Vgl. oben Fußnote 16



*Auszüge aus einem Interview
mit Robert Spaemann
Quelle: Cicero, 11/2010*

**„Es sollen nicht
Krankheiten, sondern
die Kranken selbst
eliminiert werden“**

Wie beurteilen sie als Moralphilosoph grundsätzlich die Haltung unserer Gesellschaft zum Leben?

Es geht uns zunehmend gar nicht mehr ums Leben selbst, sondern um Wohlbefinden. Das oberste Gesetz unserer Gesellschaft ist heute: Wohlbefinden vermehren, Leiden vermeiden. Aber wenn dies unser oberstes Prinzip ist, hat das ganz brutale Folgen. Und sie betreffen nicht nur unseren Umgang mit Embryonen, sondern auch mit dem Thema Sterbehilfe. In Holland werden heute schon Leute ohne ihre Zustimmung zu Tode befördert. Man muss sich klar machen, in welche Richtung sich das entwickeln kann. Goebbels hat damals sein Euthanasieprogramm mit „Ich klage an“ vorbereitet, einem Film, der übrigens nur mit Mitleid operiert: Eine kranke Frau bittet darum getötet zu werden und ihr barmherziger Mann tut das schließlich. Am Ende wird er vor Gericht angeklagt, der Sinn des Filmes war es, das Gesetz anzuprangern, das Sterbehilfe unter Strafe stellt. Goebbels wollte damit freie Bahn für die Massentötung schaffen. Aber es begann mit dem hedonistischen Argument, mit Mitleid.



Für uns ist der Sinn des Lebens heute, Träger angenehmer Gefühle zu sein. Wenn es das nicht mehr ist, dann hat es zu verschwinden. Man versucht dem Leidenden zu helfen, aber wenn das nicht mehr gelingt, dann beseitigt man ihn.

(...)

Demnach zählt für Sie auch das Argument, die PID würde die Zahl der Abtreibungen verringern, nicht?

Selbst wenn das stimmt, spielt es keine Rolle. Wenn die Frage ist: Darf dieses Kind leben oder nicht, dann darf die anschließende Frage doch nicht sein: Aber was für Folgen hat es, wenn es lebt? Man redet in dem Zusammenhang immer von der Entscheidung der Frau. Aber ob ich einen Menschen, der einmal in die Existenz getreten ist, selbst im embryonalen Zustand, ob ich den am Leben lasse, oder nicht, kann keine Frage der Entscheidung sein. In meinem näheren Umkreis ist übrigens vor einem Jahr ein Kind geboren worden, bei dem schon in der pränatalen Untersuchung ein schwerer Fall von Gaumenspalte festgestellt worden ist. Die Mutter wäre mir ins Gesicht gesprungen, wenn ich sie gefragt hätte, ob sie sich für das Kind entschieden hat. Sie hätte gesagt: Hältst Du das wirklich für eine Entscheidung, die ich habe? Das Kind ist doch da, welche Alternative habe ich denn? Sie hatte es sehr schwer, das Baby wurde ein Jahr lang von der Sonde ernährt, aber allmählich löst sich das Problem. Und das Kind ist immer heiter, und eine Freude für die ganze Familie. Es gibt viele solcher Fälle, und oft sind gerade kranke Kinder ein großes Glück für die Familie, so merkwürdig das klingt.

Inwiefern?

Weil auf einmal eine völlig neue Solidarität in der Familie entsteht. Nur, das alles sind müßige Überlegungen, wenn klar ist, daß das Personsein, das Menschsein des Menschen nicht irgendwann datiert werden kann, sondern daß es Respekt verdient wenn es einmal da ist. Der Gedanke der Entscheidung für oder gegen das Kind sollte dabei aus dem Sprachgebrauch verschwinden, hier gibt es nichts

zu entscheiden.

Sie sprachen von Sterbehilfe und Abtreibung. Offensichtlich fällt es uns besonders an den Rändern unserer Existenz, dort wo menschliches Leben beginnt und endet, schwer eine klare Haltung zum Wert des Lebens zu finden. Warum eigentlich?

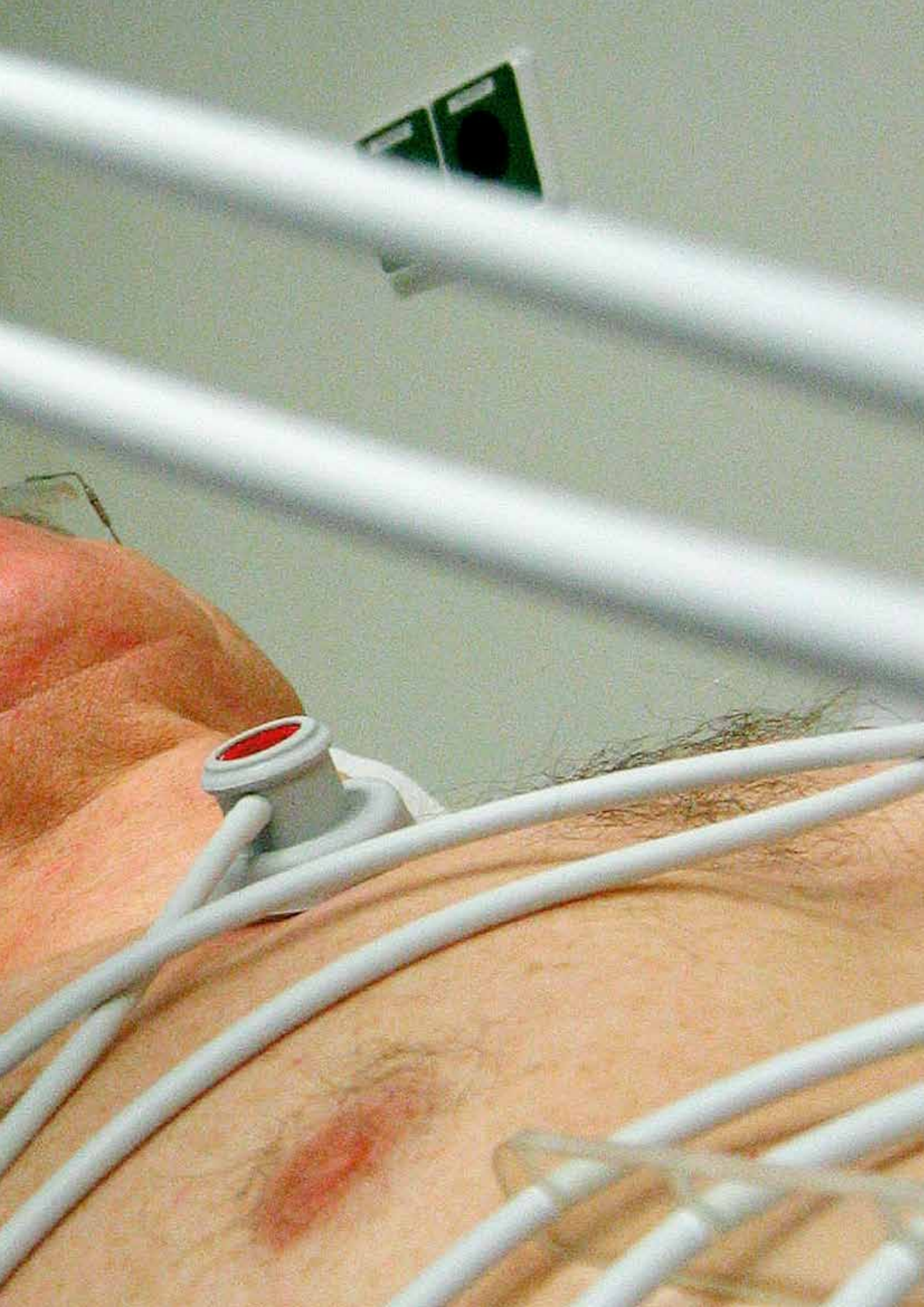
Weil genau dort die Frage nach der Würde des Lebens als solche auftaucht. In der Mitte des Lebens gilt es glücklich zu sein, dazu paßt eine Morddrohung nicht. An den Rändern des Lebens dagegen kann es passieren, daß das Ziel des maximalen Wohlbefindens nicht mehr erreichbar ist. Daß das Leben als Träger freudiger Gefühle nicht mehr funktioniert, egal was man tut. Aber genau an diesem Punkt erweist sich eben, ob man begriffen hat, was die Würde des Menschen heißt. Und ich wehre mich übrigens dagegen vom „Wert des Lebens“ zu sprechen...

Weshalb?

Weil Werte immer nur für den Menschen da sind, sie haben eine Funktion: Freundschaften, Familie, und so weiter. Aber das Wesen, für das Werte Werte sind, kann nicht selbst wieder ein Wert sein. Für wen sollte dieser Wert sein? Kant sagt ganz richtig: Der Mensch hat keinen Wert, sondern eine Würde. Werte sind gegeneinander abwägbar, die Würde nicht. Darum kann man sagen: Die Grundrechte konkurrieren gelegentlich miteinander, dann muss man sie gegeneinander abwägen. Wissenschaftsfreiheit impliziert zum Beispiel nicht das Recht, fremdes Leben zu verwerten und zu vernichten. Aber die Würde des Menschen selbst läßt sich mit nichts anderem abwägen. Überhaupt wird bei uns viel zu viel von Werten geredet. Da braucht nur jemand mit einem anderen Wertesystem kommen, und schon können wir uns die ganzen Überlegungen sparen. (...)

„Die Wissenschaft allein, so wie sie sich isoliert und autonomisiert, deckt unser Leben nicht ab. Sie ist ein Sektor, der uns Großes bringt, aber sie hängt ihrerseits davon ab, daß der Mensch Mensch bleibt.“

Benedikt XVI. Licht der Welt




PAS – DREI BUCHSTABEN, EIN MINENFELD

von DR. MANFRED M. MÜLLER

» Ich war damals, 1981, kurz vor meinem 18. Geburtstag schwanger geworden. Die Schwangerschaft konnte bei mir erst kurz vor der 11. Woche festgestellt werden. Meine Mutter ist damals mit mir in die Frauenarztpraxis gegangen. Als die Ärztin mir mitteilte, dass ich schwanger sei, brach für meine Mutter eine Welt zusammen. Ich freute mich so tierisch, da es für mich und den Vater ein Beweis unserer Liebe war. Ich konnte und durfte nichts sagen; meine Mutter hatte damals alles gemanagt. Und erst bei diesem Termin bei ProFamilia: Meiner Mutter musste ich versprechen, dass ich den Vater des Kindes in ein schlechtes Licht rücken werde, dass kein Geld da wäre und dass ich noch in der Ausbildung wäre, was nicht stimmte. Drei Tage später der Abbruch in einer Tagesklinik: Ich kam mir vor wie ein Stück Vieh, angeschnallt an diesen Stuhl, ohne eine Möglichkeit darunter zu kommen. Dann dieser Arzt, ohne Narkose, ohne örtliche Betäubung und die ganze Zeit seine Erklärungen, was er nun machen würde. Er würde nun das Embryo tot stechen, und dann würde er alles absaugen. Ach und übrigens, meinte er, es wäre ein Junge geworden. Dies war wie ein Todesstoss in mein Herz. Und meine Mutter wartete im Wartezimmer mit einem Puddingstückchen auf mich. Den Vater des Kindes durfte ich nie wieder sehen. Auch er hat lange mit sich und dem Verlust gekämpft (...) dies kann ich alles bis heute nicht überwinden. Ich habe versucht damit zu leben. Ich habe versucht es zu entschuldigen. Ich habe versucht Gott und die Welt dafür verantwortlich zu machen. Ich wollte mich töten. Ich konnte

» Daß im
die Toler
ist eine w
vor

Benedik



Namen der Toleranz
anz abgeschafft wird,
wirkliche Bedrohung,
der wir stehen.«

t **XVI**. Licht der Welt



in keinen Kinderwagen schauen. Ich hasste den Vater des Kindes, obwohl er zu mir gestanden hatte. Ich hasste meine Eltern und vor allem hasse ich mich dafür. Für mich begann eine jahrelange Leere, die bis heute anhält. Ich war noch keine 18 und ich war so dumm, so naiv und unerfahren. Wenn mir damals bewusst gewesen wäre, dass es Frauenhäuser gibt, ich hätte mein Kind bekommen. Ich hasse meine Eltern nicht, ihre Erziehung ließ sie so entscheiden. Ich hasse auch den Vater des Kindes nicht, er hat immer dazu gestanden, wollte sich um das Kind kümmern. Ich habe kurz darauf einen anderen Mann geheiratet, ich dachte, so kann ich alles vergessen. Aber meine Vergangenheit holte mich immer wieder ein, 10 Jahre habe ich mich hormonell behandeln lassen, um wieder schwanger zu werden. Aber keine Chance, bis zum heutigen Tag bin ich kinderlos geblieben. Dies sehe ich als meine gerechte Strafe an.“¹

Zeugnisse wie dieses kann man mittlerweile, wenn man nur will, zahlreich finden. Frauen (und zunehmend auch Männer) reden sich von der Seele, was sie bedrückt und nicht losläßt: ihre Abtreibung. Internetforen werden zu bevorzugten Räumen, wo das Leiden an der Abtreibung zur Sprache kommt, denn das Internet wird zum Refugium dort, wo die herkömmliche publizistische Öffentlichkeit noch immer Angst hat, sich der Wirklichkeit der Abtreibung und ihren Folgen ehrlich zu stellen.² Es ist nur mehr eine Frage der Zeit, bis sich das verschwiegene Leiden an der Abtreibung in einem unüberhörbaren Schrei kundtut. Schon jetzt brodelte es gewaltig. Frauen und Männer lassen sich nicht länger mundtot machen. Der Eiserne Vorhang des Verschweigens bröckelt.

Zum Vorschein kommt das, was auf der Hand liegt: Abtreibung tötet das Kind, und diese Tötung wirkt verheerend auf alle Beteiligten, zumal auf die betroffene Frau. Die Schmerz- und Leidenszustände

nach einer (oder mehreren) Abtreibungen, die sich sowohl geistig-seelisch wie auch körperlich ausdrücken können, werden Abtreibungsfolgen oder Post-Abortion-Syndrom (kurz: PAS) genannt. In medizinischer Terminologie wird das Phänomen wie folgt umschrieben: „Unter dem Post-Abortion-Syndrom versteht man eine Reihe von unterschiedlichen Erscheinungen mit Krankheitswert, deren Ursache man auf vorausgegangene vorgeburtliche Kindstötung(en) zurückführt. Insofern ist das PAS eine Sonderform von ‚Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)‘, einer durch ein schweres Trauma ausgelösten Störung körperlicher und seelischer Funktionen, die vor allem nach körperlicher Gewaltanwendung, sexueller Vergewaltigung oder als passive bzw. aktive Teilnahme an einem gewaltsamen Tötungsgeschehen auftreten.“³

PAS als Sonderform von PTSD – das hört sich zunächst kompliziert an, ist es jedoch nicht. Der Sachverhalt, um den es geht, leuchtet im Grunde dem Hausverstand ein. Beobachtungen an Vietnam-Veteranen zeigten bei einer Vielzahl der Kriegsüberlebenden pathologische Muster: Panikattacken, Kontrollverlust, Angstreaktionen, Gefühle des Eingeschlossenseins und des In-der-Falle-Seins, Fluchtreflexe und lähmende Erfahrungen des Ohnmächtigseins. Die Konsequenz dieser Erlebnismuster bestand in notorischen Abwehr- und Verdrängungsmechanismen. Das Erlebte war zu schrecklich, um in der Tageshelle angeschaut zu werden, darum wurde es in die Schichten des Unterbewußtseins abgedrängt.

Analysierte man nun die Symptomatik von Patientinnen, die unter ihrer Abtreibungserfahrung litten, so kam man zu vergleichbaren Ergebnissen. Auch die Abtreibung ist Geschehen der Gewalt und konfrontiert die Frau (oftmals zum erstenmal) mit dem Erlebnis des Todes. Tod wird jedoch im Falle der Abtreibung nicht als natürlicher Ablauf innerhalb eines natürlichen Lebenszyklus’ erfahren, sondern als Akt der Brutalität und als Prozeß einer von Menschen ausgelösten Zerstörung. Das Trauma ist

1 Zeugnis unter: http://www.rahel-ev.de/z_email9.html.

2 S. etwa die deutschsprachige Internetpräsenz pro-leben.de und dort den Link mit Berichten betroffener Frauen: http://www.pro-leben.de/abtr/abtreibung_berichte.php
Vielfältige Zeugnisse auch unter: <http://www.meinbaby.info/zeugnisse.aspx>

3 *Ingolf Schmid-Tannwald*, Das Post Abortion Syndrom, unter: <http://www.aerzte-fuer-das-leben.de/postabortionsyndrom.htm>.
Schmid-Tannwald ist Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

ein „man made trauma“⁴, das Opfer, das Kind, ist zudem wehrlos und unschuldig. Die Frauen selbst, an denen das Tötungsgeschehen durchgeführt wird, beschreiben im Nachhinein ihre Erfahrung häufig als eine des Ausgeliefertseins, vor allem, wenn sie zur Abtreibung gedrängt wurden: „festgebunden und hilflos auf dem Behandlungsstuhl (...) eine der Vergewaltigung ähnliche Situation“⁵, die Abtreibungsstätte wird negativ assoziiert, in vielen Fällen mit Vorstellungen von „Schlachthaus, Metzgerei, auf einem Marterbett zu liegen etc.“⁶ Kein Wunder also, wenn auch hier die nachfolgenden Verdrängungen wie vorprogrammiert sind, denn die Tötung des Kindes in der Abtreibung übersteigt die normalen Verarbeitungsstrategien der Frau bei weitem. Wenn die Abtreibungspropaganda es den Frauen unentwegt einzuhämmern versucht, daß Abtreibung einer harmlosen Zahnextraktion ähnlich und daß die Tötung eines Kindes, die in der Abtreibung faktisch vollzogen wird, „durchaus familienfreundlich, lebensbejahend, moralisch gerechtfertigt und etwas Positives“⁷ sein könne, so sieht die Wirklichkeit radikal anders aus. Frauen leiden unter dem Vorgefallenen, die Abtreibung ist

4 Vgl. dazu *Angelika Pokropff-Hippen*, Das Post-Abortion-Syndrom und sein Bezug zur posttraumatischen Belastungsstörung, in: *Büchner, Bernhard/Claudia Kaminski (Hrsg.)*, Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995-2005), Bonn 2006, 29-62, hier 36, wo es heißt: „Insgesamt wurde festgestellt, daß der wesentlichste Auslöser einer PTSD, einer traumatischen Folgeerkrankung, durch die Verletzung des Menschen durch den Menschen hervorgerufen wird („man made trauma“). Keine Naturkatastrophe hinterläßt so verheerende Folgen in der menschlichen Seele, wie sie die Traumatisierung durch Menschen bewirken können.“

5 *Veronika Blasel*, Wenn die Seele stirbt, in *LebensForum* 2005/1 (Nr. 73), 20-24, hier 25.

6 *Dorothee Erlbruch*, Das Trauma danach. Risiken des Schwangerschaftsabbruchs, *Asendorf*² 1998, 102.

7 So *Patricia Lunneborg*, Jetzt kein Kind. Warum Abtreibung eine positive Entscheidung sein kann, Frankfurt a.M. 1996, 3. S. dazu auch *Manfred Spieker*, Der verleugnete Rechtsstaat. Anmerkungen zur Kultur des Todes in Europa, Paderborn 2005 (v.a. Einleitung: Die Tarnkappen der Kultur des Todes, 9-16).

die Wunde, die existentiell zerreißt.

David C. Reardon, Gründer und Leiter des Elliot Instituts, das sich seit nun mehr zwanzig Jahren der wissenschaftlichen Erforschung der postabortiven Konsequenzen widmet, unterteilt die pathologischen Symptome, die sich nach Abtreibung(en) einstellen können, in folgende Kategorien: Übererregbarkeit (Hyperarousal), Überwältigung (Intrusion) und Einengung (Constriction).⁸ Patientinnen der ersten Kategorie folgen dem chronischen Mechanismus des ‚kämpfe oder hau ab‘ (fight or flight). Sie stehen unter permanenter Spannung, da sie eine permanente Bedrohung oder Gefahr erwarten. Dies kann sich auswirken in plötzlichen Wutausbrüchen und ebenso plötzlichen Panikattacken, einem aggressiven Grundverhalten, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen usw. Patientinnen, die unter Überwältigung leiden, werden von der traumatischen Erfahrung immer wieder schlagartig heimgesucht. In Alpträumen kehrt das Abtreibungserlebnis oder das getötete Kind schmerzhaft wieder ins Bewußtsein, Flashbacks spielen zu unerwarteten Zeitpunkten blitzartig das Vergangene ins Bewußtsein (das Geräusch eines Staubsaugers erinnert zum Beispiel überwältigend an das Geräusch des Absauggerätes in der Abtreibungspraxis), Jahrestagsreaktionen (d.h. krankhafte Reaktionen am Datum, an dem die Abtreibung stattfand, oder am Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins des abgetriebenen Kindes) lassen in depressive Zustände fallen oder rufen immense, unbewältigte Trauer und Schuld hervor. Frauen schließlich, die unter dem Phänomen der Einengung leiden, versuchen, das Abtreibungstrauma zu verdrängen, indem sie Verhaltensweisen entwickeln, die erst gar nicht eine Erinnerung an das Vorgefallene aufkommen lassen sollen. Personen oder Situationen, die mit der Abtreibung in Zusammenhang stehen, werden gemieden, um den damit verknüpften negativen Emotionen aus dem Wege zu gehen. Eventuell auftauchende Erinnerungen werden bei Bedarf durch Alkohol, Medikamente oder Drogen betäubt, was soweit gehen kann, daß der Vorgang der Abtreibung einer partiellen oder

8 Zum folgenden s.: A List of Major Psychological Sequelae of Abortion, unter: <http://www.afterabortion.org/psychol.html> Vgl. ferner *Angelika Pokropff-Hippen*, a.a.O.



kompletten Amnesie anheimfallen kann, während z. B. normale Operationen sehr wohl erinnert werden. Kindern geht man aus dem Weg, da sie gleichsam lebende Denkmäler des Vergangenen sind. Zukünftiges wird unterschwellig meist als leer und sinnlos antizipiert, nichts Großes ist zu erwarten (keine Karriere, keine Ehe, keine Kinder). Selbstdestruktive Tendenzen sind gängig, etwa Eßstörungen (Bulimie, Anorexia nervosa), autoaggressive Ersatzhandlungen (Hautkratzen, Selbstverstümmelungen) oder auch suizidale Absichten. Das Roboterfeeling, welches endlich die Gefühle bis zur Gefühlskälte anästhesiert, sorgt für ein automatisches Agieren, jedoch ohne innere Beteiligung.

Psychosomatische Folgeerscheinungen runden das Bild ab. Schmid-Tannwald hält fest: „Psychosomatische Folgeerscheinungen der Abtreibung können sich im Genitalbereich manifestieren, wobei die sogenannte Organsprache auf Auslöser im Zusammenhang mit Sexualität und Fortpflanzung hinweist. Dabei handelt es sich etwa um funktionelle, d.h. ohne nachweisbare organisch-körperliche Veränderungen einhergehende Unterbauchschmerzen, funktionelle Blutungsstörungen (Blutungsunregelmäßigkeiten, etc.), funktionelle Sexualstörungen (z.B. Libidoverlust, Anorgasmie, Frigidität); Menstruationsbeschwerden (z.B. schmerzhafte Regelbeschwerden u.a.), psychogener Ausfluß, auch ‚vaginale Träne‘ bezeichnet, oder psychogener Juckreiz. Aber auch chronische, durch gezielte Behandlung der mikrobiologisch nachgewiesenen ‚Erreger‘ nicht behandelbare Infektionen der Scheide können dazugehören. Insbesondere bei der *Verdrängung* kommt es zu einer Somatisierung, d.h. zur körperlichen Ausprägung zunächst vegetativer (funktioneller) Störungen. Die Krankheits-symptomatik kann als Strafe für die Abtreibung empfunden und ständig qualvoll erinnert werden. Psychosomatische Folgeerscheinungen an anderen Organsystemen des Körpers, also extragenitale Beschwerden, wie z.B. Migräne, Schlafstörungen, Stuhlbeschwerden, Depressionen, funktionelle Erkrankungen des Magen-Darm Traktes u.a., machen es meist sehr schwer, den Zusammenhang mit der erlebten Abtreibung zu entdecken, sofern diese dem Arzt überhaupt genannt wurde.“⁹

⁹ Schmid-Tannwald, a.a.O.



Um eine annähernde Vorstellung von der Häufigkeit der Symptome zu bekommen, seien hier einige Resultate einer Studie des Elliot-Instituts aus den neunziger Jahren zitiert.¹⁰ Danach gaben 82,3% der befragten Frauen an, nach der Abtreibung ihr Selbstwertgefühl verloren zu haben; 63,1 % der Frauen klagten über Flashbacks; 55,8 % hatten Selbstmordgedanken; 50,8 % hysterische Weinkrämpfe; 46,4 % hatten Alpträume; 38,6 % litten unter Eßstörungen; 40,6% der Frauen begannen, Drogen zu nehmen und 36,5 % der Frauen flüchteten in den Alkohol. Insgesamt 92,6 % der befragten Frauen gaben an, starke Schuldgefühle zu haben.

¹⁰ S. IMABE-Info 4/00,

unter: [http://www.imabe.org/index.php?id=105&no_cache=1&sword_list\[\]=post&sword_list\[\]=abortion](http://www.imabe.org/index.php?id=105&no_cache=1&sword_list[]=post&sword_list[]=abortion)

bzw. unter: <http://www.afterabortion.org/survey2.htm>



»Die Gefahr ist, daß die Vernunft - die sogenannte westliche Vernunft - behauptet, sie habe nun wirklich das Richtige erkannt, und damit einen Totalitätsanspruch erhebt, der freiheitsfeindlich ist.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt

Unter diesen Auflistungen sind bislang nicht die möglichen körperlichen Schädigungen durch Abtreibung(en) verzeichnet. Auch dies zur Sprache zu bringen, gilt bereits als Tabubruch, denn die Abtreibung wird von der Abtreibungslobby nicht nur als die klinische, hygienisch einwandfreie und saubere Lösung für unerwünschte Schwangerschaften vermarktet, sondern wird darüber hinaus zunehmend als – man höre und staune – die gefahrlose, unproblematischere Lösung gegenüber dem Austragen der Schwangerschaft präsentiert.¹¹ Abtreibung ist mittlerweile mutiert zum Patentrezept, Schwangerschaft dagegen gerät zur Krankheit, das

11 S. etwa die Homepage der *Schweizerischen Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS)*, wo es heißt, daß „das Risiko (einer Abtreibung) um ein Mehrfaches geringer (ist) als dasjenige der einzigen Alternative, der Geburt.“

Kind zur Panne oder zum Schadensfall. Bei Abtreibungsärzten, die irgendwann, meist aus Gewissensgründen, ihr blutiges Handwerk beendeten, hört sich das jedoch anders an; sie geben unverhohlen zu, daß Abtreibung auch physische Risiken birgt. Anthony Levatino, ehemaliger Abtreiber in den Vereinigten Staaten, gestand in einem öffentlichen Zeugnis nachträglich ein: „Ich hatte Komplikationen, wie jeder andere auch. Ich habe den Uterus von Frauen perforiert. Ich hatte alle möglichen Arten von Komplikationen – Blutung, Infektion – weiß Gott, wie viele dieser Frauen heute steril sind.“¹²

Zu den möglichen sofort eintretenden sowie den

12 *Anthony Levatino*, Meet the abortion providers. Former abortionist Dr. Anthony Levatino, unter: <http://www.prolifeaction.org/providers/levatino.htm>



Kurzzeitfolgen der Abtreibung zählen u.a.: Blutungen, Infektionen, Schädigungen des Gebärmutterhalses und der Gebärmutter Schleimhaut, Perforationen, Beckenentzündungen, Narkosezwischenfälle, Todesfälle. Zu den Langzeitfolgen gehören beispielsweise: chronische Infektionen im Genital- und Fortpflanzungsapparat, Eileiterverschwüngen, erhöhtes Risiko ektopischer Schwangerschaften, wiederholte Fehlgeburten, Sterilität, frühkindliche gesundheitliche Schädigungen.

Als Langzeitfolge vollständig tabuisiert ist der Link zwischen Abtreibung und Brustkrebs, wiewohl eine Vielzahl von Studien eben diesen Konnex erhärtet.¹³ Auch hier spricht der weibliche Organismus – vorausgesetzt, er wird durch ideologische Scheuklappen nicht entstellt – eine eindeutige, ganzheitliche Sprache. Mit Einsetzen der Schwangerschaft stellt sich nämlich der biologische Hormonhaushalt der Frau auf die neue physiologische Situation bestens ein. Die Brust vergrößert sich, wobei zwei Vorgänge bei diesem Wachstum im harmonischen Wechselspiel stehen. Einerseits kommt es zur steten Vermehrung weiblicher Brustzellen (der sogenannten Proliferation), andererseits kommt es nach etwa 32 Schwangerschaftswochen zur Verfeinerung (der sogenannten Differenzierung) der neu gebildeten Brustzellen, die nun zu Milchzellen umstrukturiert werden. Dieser biologisch stimmige Prozeß, durch Hormone (zumal durch das den Östrogenen zuzurechnende Hormon Estradiol) gesteuert, wird aufgrund der Abtreibung brutal gekappt. Kommt es beispielsweise im ersten Schwangerschaftsdrittel, d.h. in dem Zeitabschnitt, in dem üblicherweise die meisten Abtreibungen vorgenommen werden, zum Schwangerschaftsabbruch, so hat der weibliche Organismus keine Gelegenheit mehr, die vermehrte Anzahl an Brustzellen im anschließenden Prozeß der Verfeinerung zu Milchzellen auszubilden. Das wiederum heißt, daß jetzt im Übermaß undifferenzierte Brustzellen vorliegen, die jedoch aufgrund des Östrogenabkömmlings Estradiol als krebsanfällig gelten. Östrogen ist offiziell als Karzinogen eingestuft, eine Überdosis an Östrogen zählt zu

den Risikofaktoren bei Brustkrebs.

Angesichts dieser Fakten bleibt es erstaunlich bis rätselhaft, daß Frauen sich überhaupt einer Prozedur unterziehen, die, wenn man mal nur auf die Auswirkungen schaut, die dieser „Eingriff“ auf Seele und Körper der Frau ausübt, verheerend ist. Eine Erklärung für diese Absurdität bietet sich an, wenn man den sich naheliegenden Vergleich zur Tabakindustrie heranzieht. Heute steht auf jeder Zigarettenschmuck die schwarzgeränderte Botschaft: *Rauchen kann tödlich sein*. Und andere Hiobsbotschaften sekundieren: *Rauchen schädigt Ihre Gesundheit, Rauchen kann zu Impotenz führen, Schützen Sie Kinder – lassen Sie sie nicht Ihren Tabakrauch einatmen!* Wer hätte das vor zwanzig Jahren gedacht? Damals schon warnten Mediziner vor den Risiken des Zigarettenkonsums. Studien bestätigten, daß Rauchen Lungenkarzinome fördern kann. Aber Gegenstudien, finanziert durch die Gelder der Tabakkonzerne, dementierten die seriöse Forschung. Heute ist das Wissen der Forschung Allgemeingut, wer heute behauptet, Rauchen sei gesund und unschädlich, hat die Wahrheit gegen sich. Diese Wahrheit kann allerdings durch geschönte Propaganda lange vernebelt werden. Wenn Abtreibungsbroschüren im Hochglanzformat heute vollmundig und ungestraft behaupten können, ein komplikationsloser Schwangerschaftsabbruch hinterlasse keine Spuren, dann zeigt sich daran, wie viel es an realer Aufklärung noch bedarf – Aufklärung, die die Dinge beim Namen nennt, Aufklärung, die das Leiden der Frauen und Männer nach der Abtreibung ernst nimmt, statt es zu einer Bagatelle herunterzuspielen oder als eine Spielart normaler Verlusterfahrung zu trivialisieren. Aufklärung, die Zusammenhänge erkennt und beim Namen nennt. *Pokropp-Hippen*, Ärztin und Traumatherapeutin, berichtet von einer 68jährigen Patientin und deren Leidensgeschichte.¹⁴ Es dauert sage und schreibe dreißig Jahre, bis ein Arzt die Anamnese der Patientin richtig liest. Darin ist die Rede von vier Fehlgeburten. Tatsächlich entpuppen sich jedoch diese Fehlgeburten als eine Fehlgeburt und drei Abtreibungen. In den zurückliegenden Jahren durchläuft die Patientin die Skala des PAS: De-

13 Beste Informationen zu diesem Themenkomplex (inklusive der Beurteilung der maßgeblichen Studien) finden sich auf der amerikanischen Homepage: <http://www.abortionbreastcancer.com>

14 S. Angelika Pokropp-Hippen, Post Abortion Syndrom, in LebensForum 2005/2 (Nr. 74), 21-23, hier 21f.

pression, Panikattacken, Alpträume etc., selbst ein stationärer Aufenthalt wird notwendig. Es braucht dreißig Jahre, bis allmählich die Wahrheit ans Licht kommt: „In dreißig Jahren hatte niemand mit der Frau den zeitlichen Zusammenhang der Abtreibungen mit dem Beginn der Angst- und Panikattacken erwogen und sie über ihre Gefühle im Hinblick auf die Tötungen befragt.“¹⁵

Standardmittel, um die desaströsen Folgen der Abtreibung für alle Betroffenen zu marginalisieren oder gleich komplett zu leugnen, ist die Disqualifizierung des Befundes als „Mythos“.¹⁶ Abgesehen von der Tatsache, daß diese dreiste Aussage die Opfer, die nicht mythisch, sondern ganz handfest leiden, sei als Neurotiker oder Simulanten, sei als *quantité négligeable* abstempelt, zeugt das Statement darüber hinaus von einer stupenden Ignoranz hinsichtlich der wissenschaftlichen Forschung. Zwar ist es durchaus angebracht, insbesondere angesichts des epidemischen Phänomens der Abtreibung und der Abtreibungsfolgen, eine intensive und ausgiebige Bemühung einzufordern, was Forschung und Studien betrifft, daraus jedoch abzuleiten, es gäbe bislang keine PAS-Forschung, ist schlechterdings Kurzsichtigkeit oder, schlimmer noch, ideologische Blindheit. *Martha Shuping*, Psychiaterin und Counseling-Expertin für postabortive Opfer, erwähnt allein mehr als 375 Studien, welche die psychologischen Auswirkungen der Abtreibung auf Frauen zum Thema haben.¹⁷ In der Bibliographie von Thomas W. Strahan, *Detrimental effects of abortion* (Schädliche Auswirkungen der Abtreibung)¹⁸ finden sich über 1200 Einträge,

15 *Ebd.*, 21.

16 So noch unlängst in einem Interview der österreichischen *dieStandard* v. 17.06.2008.

17 S. *Martha Shuping*, *Psychological effects*, unter: <http://afterabortion.info/hope/arti62.htm> „In fact, there are more than 375 studies dealing with the psychological impact of abortion on women.“

18 *Strahan. Thomas W.*, *Detrimental effects of abortion*. An annotated bibliography with commentary, Springfield, Illinois ³2001. Ergänzende Aktualisierungen können online bezogen werden.

die allesamt die zerstörerischen Konsequenzen der Abtreibung thematisieren. Auf der Homepage des *Elliot-Instituts* kann zudem jeder Interessierte relevante Forschungsergebnisse der letzten Jahre, die PAS ausführlich dokumentieren, sowie weiterführende Links einsehen.¹⁹

Hier mag es genügen, wenn wir eine Studie der jüngsten Zeit kurz vorstellen, weil sie aus mehreren Gründen repräsentativ ist. 2006 im renommierten *Journal of Child Psychology* erschienen, befaßt sich die wissenschaftliche Studie mit dem Thema „Abtreibung bei jungen Frauen und nachfolgende mentale Gesundheit.“²⁰ Die Resultate dieser Studie lassen sich bündig zusammenfassen: „Fast jede zweite Frau erkrankt nach einer Abtreibung psychisch (...) Der enge Konnex zwischen Depressionen, Angstzuständen, Suizidgefährdung, Suchtverhalten und einer Abtreibung war selbst für die Autoren überraschend. Aus einer Gruppe von 1265 Mädchen der neuseeländischen Stadt Christchurch, die seit ihrer Geburt im Jahre 1977 beobachtet wurden, wurden 41 Prozent der Mädchen bis zum Alter von 25 Jahren schwanger. 14,6 Prozent ließen ihr Kind abtreiben. Von jenen 90 Frauen, die eine Abtreibung vornehmen ließen, entwickelten 42 Prozent innerhalb der nächsten vier Jahre eine schwere Depression. Auch der Drogen- und Alkoholmißbrauch stieg bei dieser Gruppe von Frauen signifikant an. Diese Verhaltensweisen und Erkrankungen könnten auf keine früheren Erlebnisse zurückgeführt werden, betont Studienleiter David M. Fergusson von der Universität von Otago (...) Der familiäre Background, die eigene Kindheit, sexuelle Erfahrung und Mißbrauch sowie andere Faktoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen (Alkohol- oder Drogenkonsum), wurden konstant

19 Homepage des Instituts: <http://www.afterabortion.org>

20 Zum folgenden s. David M. Fergusson, L. John Horwood, and Elizabeth M. Ridder, *Abortion in young women and subsequent mental health*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (1), 16-24, 2006, sowie die Links: <http://afterabortion.info/news/Fergusson.htm>; <http://www.afterabortion.info/news/APA.htm> Dazu den entsprechenden deutschsprachigen Link: www.imabe.org (resp. Newsletter Jänner 2006, unter: newsletter@imabe.org).



»Es ist sehr wichtig, daß wir uns einer solchen Absolutheitsforderung einer bestimmten Art von ‚Vernünftigkeit‘ widersetzen.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt



in den Lebensläufen der Frauen mitberücksichtigt (...) Die Ansicht, wonach eine Abtreibung für eine Frau kaum psychische Nebenwirkungen hätte, könne nach dieser bisher umfassendsten Untersuchung nicht mehr gehalten werden, so Fergusson. Bei einer Abtreibung handle es sich um ein ‚traumatisches Ereignis‘. Es sei ‚ein Skandal‘, daß die psychischen Folgen eines chirurgischen Eingriffs, der bei jeder zehnten Frau durchgeführt wird, kaum studiert und evaluiert würden. Fergusson tritt dafür ein, daß Gesundheitssysteme angesichts der Spätfolgen von Abtreibungen bei Frauen eine Kosten-Nutzen-Rechnung anstel-



len.“

Für Projektleiter Fergusson, der sich selbst als Atheist und pro-choice-Anhänger (also Abtreibungsbefürworter) deklariert²¹ und dem folglich eine tendenziöse Interpretation der Fakten nicht unterstellt werden kann, waren die Ergebnisse seiner Studie erschreckend. Erschreckend war für ihn aber auch, was er rund um seine Forschungsarbeit erlebte. War er daran gewohnt, daß Arbeiten seines

21 Fergusson wörtlich: „I remain pro-choice. I am not religious. I am atheist and a rationalist.“

Teams normalerweise mühelos publiziert werden konnten, so mußte er bei dieser Studie feststellen, daß sich merkwürdigerweise Publikationshindernde bemerkbar machten. Es bedurfte insgesamt vierer Anläufe, bis die Studie überhaupt einen Veröffentlichungsort fand. Die Resultate waren offensichtlich das, was man neuerlich *politisch inkorrekt* nennt. Dabei hatten Fergusson selbst und sein Team mit anderen, abweichenden Ergebnissen gerechnet; aber Überprüfungen der vorliegenden Resultate bestätigten stets aufs Neue das Gefundene. Damit aber waren die Verlautbarungen der *Amerikanischen Psychologischen Vereinigung (APA)* widerlegt, hatte diese doch offiziell Abtreibung als eine positive Wahl innerhalb der fraulichen Gesundheitsrechte verteidigt. Nicht genug damit, fanden Fergusson und seine Mitarbeiter nun heraus, daß die APA gegenteilige Stimmen schlichtweg ignorierte. Ein Journalist, der Wind von der ganzen Sache bekommen hatte, wollte es endlich genau wissen und hielt die APA um eine Stellungnahme an. Antwort der APA-Pressesprecherin: Da Abtreibung ein Bürgerrecht sei, „ist es ohne Belang, was die Fakten erweisen.“

Hätte Fergusson sich mit der Geschichte der Abtreibungslobby kundig gemacht, so hätte er schnellstens konstatieren können, daß dieser manipulative Umgang mit Faktenmaterial durch die beiden APA's (der psychologischen wie der psychiatrischen Vereinigung, beide werden mit APA abgekürzt) keine Ausnahme ist, wenn es um das hochbrisante Thema der Abtreibung geht, sondern die Regel. So retuschierte die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung, die immerhin kein provinzieller Psychiatrieklub in irgendeiner Vorstadt ist, sondern nationales Vertreterorgan der amerikanischen Psychiater, welches zugleich die internationalen Richtlinien entscheidend mitprägt, sogleich den offiziellen Diagnosestandard, als Lebensrechtler darauf aufmerksam gemacht hatten, daß es eine veritable Verbindung zwischen PAS und PTSD gibt. „Die APA entfernte einfach alles Beweismaterial für psychische Traumata als Folge der Abtreibung aus ihrem DSM-IV (dem neuen Diagnoseschlüssel) und löschte somit das Problem aus ihrem Bewußtsein.“²²

22 Brian Clowes, Die Tatsachen des Lebens. Human Life International, Wien 2002, 24.



Jahre zuvor bereits, als der Psychotherapeut Vincent Rue erstmals die systematische Definition von PAS als einer Sonderform des PTSD vorlegte, wurden Rue von derselben APA, die unverhohlen die Abtreibung hofiert, juristische Schritte angedroht im Falle, daß er über den Link von PAS und PTSD publizieren würde ohne den ausdrücklichen Vermerk, daß die APA diesen Link negiere.²³ Mit seriöser Wissenschaft hat dies längst nichts mehr zu tun, dafür um so mehr mit knallharter Politik. Da darf es denn schon als kleine Sensation gewertet werden, wenn das führende internationale medizinische Journal Lancet im Herbst 2008 mehr psychologische Hilfe für Frauen nach Abtreibungen fordert und damit einer Veröffentlichung der *American Psychological Association* offen widerspricht, die erst im August desselben Jahres erneut dementiert hatte, daß „Frauen, die innerhalb des ersten Trimesters abtreiben, ein größeres Risiko hinsichtlich mentaler Gesundheit eingingen als solche, die ihr Kind zur Welt brachten.“²⁴

Aus dem Dargelegten dürfte klar geworden sein, wie minenbesetzt das Feld ist, über dem die drei Buchstaben PAS stehen. Gerade weil Abtreibung keinerlei Vorteile aufzuweisen hat, jedoch rigorose politische Agenda ist, die von den Mainstreammedien massiv beworben wird, wird derjenige verdächtigt, lächerlich gemacht oder im Ruf geschädigt, der die Machenschaften der Abtreibungspropagandisten aufdeckt. Die Profiteure der Abtreibung sind dabei die Abtreiber selbst. Nicht umsonst spricht man vom Abtreibungsgeschäft. Freilich darf auch dies nur hinter vorgehaltener Hand, wenn überhaupt, artikuliert werden. Schließlich geht es doch nicht um Bares, sondern um Frauenrechte und Gesundheitsrechte und reproduktive Rechte und wie sonst die neuen goldenen Kälber heißen. Daß das einträgliches Geschäft zu Lasten der Opfer geht, wissen letztlich nur die Opfer selbst, denn sie spüren das

miserable Geschäft danach, wenn es zu spät ist, am eigenen Leib. *Hätten wir das gewußt, warum hat uns das niemand gesagt* – so oder so ähnlich lauten dann die Klagen. Gleichwohl hätte man wissen können. Ebenso wie der Steuerzahler wissen kann, daß er das Abtreibungsgeschäft kräftig mitfinanziert, inklusive der Folgekosten für PAS-Behandlungen, die sich mittlerweile in Millionenhöhe beziffern: „Die Subventionierung dieser Abtreibungspolitik kostet den deutschen Steuerzahler jährlich mehr als 40 Millionen. Während mittlerweile die Kostenübernahme wichtiger Medikamente für Kranke verweigert wird, kann sich die öffentliche Hand die hunderttausendfache Abtreibung noch immer leisten – als sei Schwangerschaft eine Krankheit und die Mutter eine Patientin.“²⁵

Das Argument, man könne durchaus abtreiben und nicht leiden, wird gerne als ultima ratio aus dem Ärmel geschüttelt, um diejenigen Frauen und Männer, die sehr wohl an der Abtreibung leiden, ins Eck der gleichsam Zurückgebliebenen zu stellen, derjenigen, denen die entsprechenden gesundheitlichen Ressourcen fehlen, so als sei Abtreibung ein Ereignis, das zwar schmerzhaft sein könne, aber mit robuster Natur wie andere schmerzhaftes Lebensereignisse auch zu bewältigen und zu meistern sei. Wie bitte?, darf da zurückgefragt werden. Ist die Frau, die es (meist gezwungenermaßen) zuläßt, daß ihr Kind getötet wird, und irgendwann später Schmerzen hat, die aus dem normalen Raster der Schmerzbewältigung herausfallen, da nun mal eine Kindstötung eine Kindstötung ist – ist diese Frau krank oder nicht vielmehr die wahrhaft Gesunde, da sie auf den kranken Vorgang der Abtreibung einzig richtig reagiert: mit wortwörtlich unerträglichen Schmerzen?

Ein Moralthologe hat zurecht bemerkt: „Überhaupt ist es abwegig, von Frauen zu sprechen, die den ‚Abbruch gut verarbeitet‘ haben, im Unterschied zu denen, die ‚psychische Störungen‘ haben. Wenn sich jemand schwer verletzt, aber keine Schmerzen empfindet, hat er die Verletzung nicht ‚gut verarbeitet‘, sondern im Gegenteil: Wenn das Nervensystem tot ist und keinen Schmerz mehr

23 Zit. n. *Theresa Burke (with David C. Reardon)*, *Forbidden Grief. The Unspoken Pain of Abortion*, Springfield, Illinois 2002, 272f.

24 S. Information des *Instituts für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)*, September 2008: Post-Abortion-Syndrom: Lancet fordert Maßnahmen-Paket für Frauen, unter: <http://www.imabe.org/index.php?id=1045>

25 *Stephan Baier*, *kinderlos. Europa in der demographischen Falle*, Aachen 2004, 68.

empfinden kann, ist alles nur noch schlimmer!²⁶ Eine Gesellschaft, die das Leiden an der Abtreibung als archaisches Fehlverhalten denunzierte, wäre in der Tat auf ihrem sittlichen Tiefstand angekommen. Der Philosoph *Günter Rohrmoser* sprach vom neuen Tätertyp, den die Jetztzeit hervorbringt, daß man nämlich tötet, ohne auch nur noch mit der Wimper zu zucken, denn man „hat einen Zustand jenseits des Gewissens und jenseits der Frage von Gut und Böse erreicht.“²⁷ Inwiefern fördert die Abtreibung, so sollten wir uns fragen, diesen Tätertyp, da sie seit Jahrzehnten das Töten als alltägliches, ganz normales Geschäft praktiziert. Die Entrüstung über ausflippende Jugendliche, die plötzlich in irgendeiner Schule Amok laufen und kaltblütig Lehrer und Schüler abschießen, ist geheuchelt, wenn im selben Atemzug das Töten durch Abtreibung vehement als gesamtgesellschaftliches Menschenrecht verteidigt wird.

Ein Letztes. Was wäre, wenn morgen Abtreibung erneut strafbar wäre? Wäre unsere Gesellschaft dann gefeit vor den verheerenden Abtreibungsfolgen? Über Nacht gesund geworden?

Schön wär's. Doch der Kinderpsychiater *Prof. Philip G. Ney*, zusammen mit seiner Frau, der Ärztin *Marie Peeters-Ney*, kamen in ihrer Forschungsarbeit zu desillusionierenden Fakten. Abtreibung, so erkannten sie, schädigt uns alle, denn so wie es ein ökologisches Gleichgewicht der Erde gibt, so gibt es gleichsam auch eine seelische Ökologie. Diese aber ist durch die jahrzehntelange ‚legalisierte‘ Abtreibung in katastrophale Mitleidenschaft gezogen. Das Ehepaar Ney stieß auf ein bestürzendes Phänomen: zum einen, daß seit der sogenannten Legalisierung der Abtreibung die Fälle von Kindesmißbrauch signifikant zugenommen haben (was sich dadurch erklären läßt, daß die Kindstötung, die in der Abtreibung geschieht, den natürlichen Schutzmantel der Humanität zerbricht, so daß *danach* der Schritt zu weiteren Gewalttätigkeiten gegenüber Unschuldigen quasi selbstverständlicher geworden ist); zum anderen, daß die Abtreibung die Abtrei-

bungsüberlebenden und deren Symptomatik des PASS produziert (*Post Abortion Survivor Syndrom*).²⁸ Mit Abtreibungsüberlebenden sind all jene Kinder gemeint, die in einer Familie geboren werden, wo eine Abtreibung stattgefunden oder in Erwägung gezogen wurde. Man muß sich den Sachverhalt ganz konkret vor Augen führen, um zu ermessen, welch' ein moralischer Erdrutsch hier geschehen ist. Ein Vierzehnjähriger kommt zum Beispiel eines Tages dahinter, daß in seiner Familie eines seiner Geschwister abgetrieben wurde. Wieso, so wird er sich irgendwann fragen, hat er überlebt, sein Bruder (seine Schwester) aber nicht? Diese Frage ist grundumstürzend, denn sie stellt schockartig vor die Tatsache, daß Kinder neuerdings in Kategorien eingeteilt werden. Offensichtlich gibt es erwünschte und unerwünschte Kinder, geplante und ungeplante. Kinder sind nicht länger bedingungslos angenommen, sie werden nicht ohne Wenn und Aber willkommen geheißen, sondern unterliegen einem Test, der darüber befindet, ob sie überleben dürfen oder nicht. „Wir haben eine neue Form der Existenzangst in unsere Welt gebracht. Zu leben hängt jetzt davon ab, erwünscht zu sein. Niemand ist mehr sicher, alle müssen sich darum bemühen, erwünscht zu bleiben, weil nicht erwünscht zu sein das Todesurteil mit sich bringt.“²⁹ Die Symptomatik, die aus diesem Urbruch heraus erwächst, ist

28 S. dazu u.a.: *Philip G. Ney*, *Deeply Damaged. An Explanation for the Profound Problems Arising from Aborting Babies and Abusing Children*, Canada Pioneer Publishing ³1997; *ders./Marie A. Peeters-Ney*, *Abortion Survivors*, Victoria, B.C. Canada Pioneer Publishing ²1998; *ders./Anna Peeters*, *Ending the Cycle of Abuse: The Stories of Women Abused as Children and the Group Therapy Techniques That Helped Them Heal*, New York 1995. Deutsche Beiträge von *Ney/Peeters-Ney* sind abgedruckt in dem Sammelband: *Stiftung „JA ZUM LEBEN – Mütter in Not“* (Hrsg.), *Myriam... warum weinst du? Die Leiden der Frauen nach der Abtreibung*, Uznach o.J. Bei *AGAPA – HOPE ALIVE Deutsche Schweiz* können die beiden Broschüren von *Ney/Peeters-Ney* bezogen werden: 1. *Abtreibungsüberlebende. Von Kindern und Erwachsenen, die trotzdem leben*. 2. *Mit Kindern über verlorene Geschwister reden. Was kommt nach der Abtreibung? Eine Gesprächshilfe für Eltern*.

29 *Ney/Peeters-Ney*, *Abortion Survivors*, a.a.O., 49 (resp. dt. Übersetzung von *AGAPA*, 60).

26 *Andreas Laun*, *Fragen der Moralthologie heute*, Wien 1992, 86.

27 Vgl. *Günter Rohrmoser*, *Die Zerstörung der Sittlichkeit*, Bietigheim/Baden ²1994, 22.



horrend: Enormes Mißtrauen sich selbst gegenüber sowie anderen oder Autoritätspersonen gegenüber; unüberwindliches Gefühl, unter dem Damoklesschwert einer lebenszerstörenden, anonymen Macht das eigene Leben zu fristen; existentielle Schuldgefühle, vergleichbar den Schuldgefühlen von Holocaustüberlebenden; ambivalente, unverbundene und/oder destruktive Beziehungsmuster; Blockaden, das eigene Talentpotential zu entfalten, damit verbunden das Desinteresse an zukünftiger Lebensgestaltung; tiefe Gefühle der Sinnlosigkeit und Absurdität des Daseins; mangelndes Interesse, selber Kinder zu bekommen; Höchstschwierigkeiten, spirituelle Zugänge zu einem Gott, der sich als liebender Vater gibt, zu finden; Flirten mit dem Tod, der zugleich perhorresziert und gesucht wird.

Das Nachdenken über diesen Teufelskreis, den die Forschungen Neys enthüllt haben, steckt erst in allerersten Ansätzen. Und doch ist der Leidensdruck der Abtreibungsüberlebenden eine Katastrophe, deren ganzes Ausmaß in den Blick gerät, wenn man bedenkt, daß „man davon ausgehen kann, daß schätzungsweise 75% aller in westlichen Ländern geborenen Kinder Abtreibungsüberlebende sind.“³⁰ Neys Analyse von Harry Potter, dies nur nebenbei bemerkt, zeigt schlüssig auf, daß Rowlings Held, der bezeichnenderweise durch eine Stirnnahe gezeichnet ist, die klassischen Symptome des Abtreibungsüberlebenden in sich vereint, unter welcher Perspektive die Pottermania eine neue, überraschende Erklärung findet.³¹

Soviel dürfte jedenfalls klar sein: Abtreibung, weit davon entfernt, die probate, sichere, hygienisch einwandfreie Lösung für unerwünschte Schwangerschaften zu sein, ist, werden sämtliche ideologischen, pseudowissenschaftlichen, propagandistischen oder sonstigen Paravents entfernt, das exakte Gegenteil: keine Lösung, keine Sicherheit, kein Schutz. Abtreibung hinterläßt im wahren Wortsinne eine Wüste. Die leere Gebärmutter ist keine Metapher. Die leeren zerstörten Seelen der zweiten

Abtreibungsopfer, der ungezählten Frauen und Männer, die den billigen Verheißungen der Abtreibungsverkäufer geglaubt haben, sind gleichfalls kein frommes Bild, sondern nackte Beschreibung der Wirklichkeit. Diesen Frauen und Männern zuzuhören, wenn sie ihren Schmerz über die Abtreibung zur Sprache bringen – dies könnte der beste Weg der Prophylaxe sein. Das setzt freilich zweierlei voraus: daß wir den Abtreibungsopfern endlich den Raum schaffen, ihre Erfahrungen mitzuteilen, und zweitens, daß wir bereit sind, die Wahrheit zu wollen. Wenn man nur ein wenig die Augen offen hält, wird es einem nicht allzu schwerfallen, im eigenen Bekanntenkreis jemandem zu begegnen, der an PAS leidet. Im Letzten braucht man nicht auf die ultimative Studie zu warten, die endgültig und unwiderruflich PAS belegt. Die Opfer, die mitten unter uns sind, sind längst am Reden. Sie sind die Studie vor jeder Studie. Die katholische Kirche jedenfalls hat verstanden, worum es geht. Bereits im Jahre 1984 hat sie in Amerika einen diözesanen Heilungsdienst eingerichtet, der Frauen und Männern, die an PAS leiden, pastorale, spirituelle und psychologische Hilfe anbietet. *Project Rachel*, so der Name des Programms, ist seitdem kontinuierlich expandiert, so daß mittlerweile über 165 Diözesen in den Vereinigten Staaten den Heilungsdienst anbieten. Auch dies sagt mehr als genug.



Quelle: *katholisches.info* v. 20. Jänner 2011

„Fabrikneue Kinder“

„(...) Nicole Kidman und Keith Urban haben ein zweites Kind bekommen, diesmal ohne Schwangerschaft. Sie haben sich einer „Leihmutter“ be-

³⁰ *Ebd.*, 50 (61).

³¹ Vgl. dazu *Philip G. Ney/Marie Peeters-Ney*, Harry Potter – Der Prototyp eines Abtreibungsüberlebenden, unter: <http://www.hli.at/content/view/103/100/>

dient, die sie als "Schwangerschaftskurier" bezeichnen. Sie danken öffentlich der jungen Frau, die gegen Bezahlung für neun Monate das Kind des Hollywood-Paares im "Mutter"-Leib trug. "Schwangerschaftskurier klingt wie Briefträger", schrieb Annalena Benini im *Il Foglio*, "wie Brutkasten, wie Zustelldienst, wie Storch: Die Leihmutter, die Nicole Kidman ermöglichte, Mutter zu werden ohne zu gebären, ist nur ein Schritt zur industriellen Kinderproduktion." Alles werde über eigene Dienstleister und Agenturen abgewickelt, natürlich "mit Qualitätssiegel und perfekt keimfrei", mit Spenderinnen (in Wirklichkeit Verkäuferinnen) von Eizellen auf der einen Seite, von jungen Frauen (sicher willige/billige "Arbeitskräfte" aus Billiglohnländern), die den eigenen Uterus als "Arbeitsinstrument" zur Verfügung stellen. "Fein säuberlich getrennt auf der anderen Seite, um zu vermeiden, daß eine biologische Mutter eines Tages Probleme machen und auf der Suche nach ihrem verlorenen Kind an der Tür klingeln könnte", so Benini.

Hochglanzgazetten und Tageszeitungen überschlagen sich im Abdruck von "Familienfotos" des homosexuellen Sängers Elton John und seines Bettgefährten und mangels biologischer "Reproduktionsmöglichkeit" gekauften Kindes. Auch die Hollywood-Schauspielerinnen Sarah Jessica Parker hat auf dieselbe Weise Zwillinge "bekommen" und ist "sehr zufrieden". Probleme für die Karriere konnten damit körper- und imageschonend vermieden werden. Das sind die neuen Formen von Vaterschaft und Mutterschaft nach dem Prinzip: zu tun, was man will und alles zu tun, was (technisch) möglich ist. Der neue Begriff "Leihmutter" wurde vom Zeitgeist schnell absorbiert und akzeptiert und auf der Gefühlsebene mit der "endlichen Verwirklichung unerfüllter Wünsche" emotional hochgeladen. Ein Versuch, sich jeder Kritik zu entziehen und ethische Fragen erst gar nicht aufkommen zu lassen. Und die Betroffenen lächeln mit ihren durch die Schönheitschirurgen aufgeblasenen Lippen in die Kameras und gewähren (gegen Bezahlung) Exklusivinterviews "und die Zuseher denken, erstaunt, aber zufrieden ("sie wünschten sich doch so sehr ein Kind") über die neuen Horizonte der Moderne nach". Es sind "Eltern", die ein Kind gekauft haben. Dies auszusprechen ist weder schön noch schick. Es ist aber Wahrheit und Tatsache (...)"



Treffen sich
zwei Mystiker.
Fragt der eine:
„Was hast Du
dieses Jahr
zu Weihnachten
bekommen?“
Antwortet der
andere: „Nichts.“ –
„Du Glückspilz!“

Josef Bordat
in: Jobo72's
Weblog

»(...), daß die Statistik nicht schon der Maßstab der Moral sein kann.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt

BAUSTEINE FÜR EINE ETHIK DES LEBENS

von DR. WERNER NEUER

Vorbemerkung

Das folgende Referat ist angesichts der zur Verfügung stehenden Zeit eigentlich eine „unmögliche Möglichkeit“: Es kann aufgrund der gebotenen Kürze nicht mehr sein als ein skizzenhafter Überblick, der wenigstens kurz die in meiner Sicht wichtigsten Fragen einer christlichen Lebensethik auf dem Hintergrund der gegenwärtigen medizinethischen Probleme anspricht, ohne ausführliche Begründungen und Belege geben zu können.





Die besonderen Herausforderungen einer Ethik des Lebens heute

Eine Ethik des Lebens steht heute unter ganz besonderen Herausforderungen. Diese lassen sich in folgenden drei Punkten zusammenfassen:

1. Der weltweite Krieg gegen das Leben und die Spirale des Schweigens

Das menschliche Leben ist heute weltweit in einem Ausmaß bedroht, das man nur als *dramatisch* bezeichnen kann: Für die erste Lebensphase ist hier an die international weit verbreitete **Massenabtreibung** zu erinnern. Seine Endphase ist in wachsendem Maß gefährdet durch die um sich greifenden **Euthanasiepraktiken**, die in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg bereits in gewissen Grenzen gesetzlich sanktioniert sind.¹ Angesichts von derzeit etwa 40 Millionen geschätzten Abtreibungen jährlich, zu denen noch die Zahl der (ebenfalls in die Millionen gehenden!) Embryonen hinzuzurechnen ist, die durch **nidationshemmende Mittel** bzw. durch die **Embryonenforschung** ums Leben kommen, ist es wahrlich keine Übertreibung, von einem weltweiten „Krieg gegen das menschliche Leben“ zu sprechen. Besonders bestürzend an diesem weltweiten Kampf gegen das Leben ist die Tatsache, daß er seit den 1960er Jahren ausgerechnet von den demokratischen Rechtsstaaten Europas und Nordamerikas seinen Ausgang genommen hat, obwohl in deren Verfassungen das Grundrecht auf Leben ausdrücklich geschützt und für unantastbar erklärt wird. Die ursprünglich einmal vom Christentum und der Menschenrechtstradition geprägten westlichen Staaten folgten damit paradoxerweise dem Beispiel der bewußt auf einer atheistisch-materialistischen Weltanschauung aufgebauten Sowjetunion, die im Jahre 1920 als erstes europäisches Land die Abtreibung legalisierte.² Es war Mutter Teresa, die in ihrer berühmten Rede bei der Entgegennahme ihres Friedensnobelpreises am 10. Dezember 1979 den Skandal der weltweiten Abtreibung mit den drastischen, aber treffenden Worten anprangerte: „... der größte Zerstörer des Friedens ist heute der Schrei des unschuldigen, ungeborenen Kindes ... Für mich sind die Natio-

nen, die Abtreibung legalisiert haben, die ärmsten Länder.“³ Einige Jahre später (1995) machte Papst Johannes Paul II. in seiner Enzyklika EVANGELIUM VITAE auf die „erschütternde Vermehrung und Verschärfung der Bedrohungen des Lebens“ und auf die um sich greifende „Verfinsterung des Wertes des Lebens“ aufmerksam, die letztlich in einer „Verfinsterung des Sinnes für Gott und den Menschen“ ihre Grundlage habe.⁴ Die Dramatik dieser neuen Bedrohungen des Lebens besteht nach Johannes Paul II. darin, daß sie von „breite[n] Schichten der öffentlichen Meinung ... im Namen der individuellen Freiheit“ gerechtfertigt werden und für sie „Straffreiheit“ bzw. die „Genehmigung des Staates“ eingefordert wird.⁵ Durch die in fast allen Industrieländern erfolgte **Legalisierung der Abtreibung** ist die massenhafte Tötung ungeborener Kinder inzwischen nicht nur in erschreckendem Umfang gesetzlich abgesichert, sondern wird sogar vom Staat oder von den Krankenkassen finanziert. Das Unheimliche dieses „Weltkrieges gegen das Leben“ besteht nicht zuletzt darin, daß er – obwohl er vor den Augen der Regierungen, Kirchen und der breiten Bevölkerung stattfindet – in den meisten Ländern weder auf große Beachtung in den Medien noch auf nennenswerten Protest der breiten Bevölkerung oder wenigstens des Kirchenvolks stößt: Die jährlich weit über 100.000 „legalen“ Abtreibungen in Deutschland veranlassen gerade noch etwa 1.000 Bundesbürger dazu, am jährlichen Protestmarsch für das Leben in Berlin teilzunehmen. Zur Legalisierung der Verbrechen gegen das menschliche Leben gesellt sich also eine „**Spirale des Schweigens**“, die sich mit den Menschen verachtenden Verhältnissen abgefunden hat und darauf verzichtet, mit Nachdruck, Beharrlichkeit und Engagement auf eine Änderung der Situation hinzuwirken bzw. auf eine Wiederherstellung des vollen Rechtsschutzes für das menschliche Leben von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod zu bestehen.

2. Die Herausforderung für Kirche und Theologie angesichts ihrer Identitätskrise

Die beschriebene Lage trifft zumindest in Europa und in Nordamerika die meisten christlichen Kirchen in einer schweren Krise ihrer Identität:

Elementare geistliche Überzeugungen, mit denen der Glaube steht und fällt, können auch unter Pfarrern und Theologen längst nicht mehr als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Die Auseinandersetzung mit der säkularen Gesellschaft und den nichtchristlichen Religionen (v.a. dem Islam) hat viele Christen in eine große Verunsicherung versetzt, welche die freudige Gewißheit missionarischen Zeugnisses beeinträchtigt oder sogar verhindert. „Selbstsäkularisierung“ der Kirche (Bischof Huber) und die auch unter Theologen verbreitete Infragestellung des Absolutheitsanspruches Jesu⁶ hatten und haben auf viele Christen eine lähmende Wirkung. Die angesprochene Identitätskrise betrifft die meisten christlichen Kirchen und ist sicher ein maßgeblicher Grund dafür, daß sie in dogmatischer und ethischer Hinsicht viel an Überzeugungskraft eingebüßt haben. In lebensethischer Hinsicht zeigt sich dieser Schwächezustand in Deutschland z. B. darin, daß in der jährlich von den beiden großen Kirchen veranstalteten „Woche für das Leben“ seit Jahren die Abtreibungsfrage so in den Hintergrund getreten ist, daß der Journalist Stefan Rehder kürzlich feststellen mußte: „Die Kirchen haben sich – von einzelnen Stimmen abgesehen – damit abgefunden, daß in einem der reichsten Länder der Erde jedes Jahr hunderttausende unschuldige und wehrlose Kinder im Mutterleib getötet werden.“⁷

3. Die Herausforderung für die christliche Ethik angesichts der Krise der ev. Ethik

Zur beschriebenen Identitätskrise kommt – vor allem auf Seiten der evangelischen Ethik im deutschsprachigen Raum – häufig ein SITUATIONSETHISCHER RELATIVISMUS,⁸ dessen Infragestellung der unbedingten Geltung der göttlichen Gebote im Namen einer situationsgemäßen „Freiheit“ oder „Liebe“ der vordringenden „Kultur des Todes“ den Weg geebnet hat, anstatt ihr entschlossen zu widerstehen. Auch der in der säkularen Gesellschaft weitverbreitete UTILITARISMUS⁹ blieb in den evangelischen Kirchen nicht ohne Folgen: Die Infragestellung göttlicher Gebote aufgrund von Güterabwägung führte z. B. dazu, daß die EKD in der Schwangerenberatung bis heute die vom Staat den Kirchen aufgenötigte Beratungsscheinpraxis

akzeptiert, die eine kirchliche Mitwirkung bei der straffreien Tötung ungeborener Kinder beinhaltet, um dadurch möglicherweise Abtreibungen zu verhindern.¹⁰

All diese Einflüsse waren maßgebliche Gründe dafür, daß die Preisgabe des unbedingten Lebensschutzes durch den säkularen Staat bei den evangelischen Kirchen in der Regel auf wesentlich geringeren Widerstand stieß als bei der römisch-katholischen Kirche.¹¹ Mit dem situationsethischen und utilitaristischen Relativismus verband sich in der evangelischen Ethik eine tiefgreifende **Abkehr von der biblischen Schöpfungsethik**: Anstelle einer entschiedenen Neubesinnung auf Ehe und Familie als geistlich und menschlich alternativlosen Schöpfungsordnungen Gottes, die in der auf egoistische „Selbstverwirklichung“ ausgerichteten säkularen Gesellschaft in starke Bedrängnis geraten sind, öffneten sich die protestantische Ethik vielfach ideologischen Strömungen, die unter dem Einfluß einer oft aggressiv agierenden internationalen Schwulenbewegung auf eine prinzipielle ethische Neubewertung praktizierter *Homosexualität* (bis hin zu deren Anerkennung als „Schöpfungsvariante Gottes“) hinausliefen¹² oder unter dem Einfluß des FEMINISMUS bzw. der neueren Bestrebungen um GENDER MAINSTREAMING eine grundlegende Überwindung der traditionellen Geschlechterpolarität anstreben.¹³ Die skizzierten Tendenzen im gegenwärtigen Protestantismus sind im Lichte einer *reformatorischen* Ethik beurteilt zweifellos schwerwiegende **Fehlentwicklungen**, die sich nicht auf die REFORMATION berufen können. *Sie bedrohen vielmehr das gemeinsame Erbe der christlichen Ethik aller Konfessionen!* Dies hat der namhafte katholische Moraltheologe Eberhard Schockenhoff kürzlich in einem sehr kritischen, aber durchaus fairen Aufsatz zur gegenwärtigen evangelischen Ethik mit Recht herausgearbeitet.¹⁴ Die Folgen dieser Situation für die evangelische Lebensethik sind gravierend: Eine wirklich konsequente „Ethik des Lebens“, die trotz der herrschenden „Kultur des Todes“ ein unzweideutiges Nein zu Abtreibung und Euthanasie hat, scheint im deutschsprachigen Protestantismus zur Minderheitenposition geworden zu sein und am ehesten noch von Theologen vertreten zu werden, die der evangelikalen Bewegung nahe stehen oder zu ihr gehören.¹⁵



»Die Perspektiven von, Humanae vitae' bleiben richtig (...). Wir sind Sünder. Aber wir sollten es nicht als Instanz gegen die Wahrheit nehmen, wenn diese hohe Moral nicht gelebt wird.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt

Die fundamentalethischen Herausforderungen einer Ethik des Lebens

Die fundamentalethischen Herausforderungen einer Ethik des Lebens möchte ich ebenfalls in drei Punkten zusammenfassen:

1. Die Notwendigkeit einer deontologischen Begründung der Ethik in Gottes Gebot

In der neueren christlichen Ethik ist es üblich geworden, das ethische Handeln einer möglichst umfassenden Reflexion zu unterziehen und auf diese Weise möglichst stichhaltig zu begründen. Dieses Bemühen ist in keiner Weise zu beanstanden und ist unverzichtbarer Bestandteil jeder *wissenschaftlichen* christlichen Ethik. Dabei droht jedoch ein

Wesensmerkmal der christlichen Ethik in den Hintergrund zu treten, das ihr unverzichtbar eigen ist und nie preisgegeben werden darf: Die Tatsache nämlich, daß der christlichen Ethik Gottes Wille und Gebot zugrunde liegen. **Gottes Wille und Gebot** aber sind *unbedingt verpflichtend* und zielen auf den Gehorsam des Menschen. Das göttliche „Du sollst“ hat kategorischen Charakter und kann nicht im Sinne eines bloßen „Du darfst“ gedeutet oder gar dadurch ersetzt werden. Die heute auch im Raum der Kirche häufige Leichtfertigkeit, mit der klare Gebote Gottes relativiert oder sogar gebrochen werden, zeigt, daß die Ehrfurcht vor dem unbedingt zu respektierenden und zu befolgenden Willen Gottes vielfach geschwunden ist¹⁶ – wie überhaupt das Wissen um den gebietenden und uns gesamthaft verpflichtenden *Gott* weithin dem anthropozentrischen Gedanken der letztlich Autonomie und Verantwortlichkeit des *Menschen* ge-



wichen ist. Es liegt auf der Hand, daß die Folgen dieser fehlenden Ehrfurcht nirgendwo verheerender sind als im Bereich der Lebensethik, weil hier *das Leben selbst als das fundamentale* kreatürliche Gut des Menschen auf dem Spiel steht.

2. Die Notwendigkeit einer ontologischen Begründung der Ethik in Gottes Werk

Die deontologische Verankerung der Ethik in Gottes Gebot darf freilich in keiner Weise zu einer Vernachlässigung ihrer *ontologischen* Begründung führen, weil sich Gottes Wille immer auch in seinem Werk (d.h. im Sein der Schöpfung und Erlösung) kundtut und dessen Struktur und Eigentümlichkeit bestimmt. Für die **Schöpfungsethik** bedeutet das: Dem Schöpferwillen Gottes entspricht zutiefst immer auch die Beschaffenheit seiner Schöpfung,

so daß das Gebot Gottes für den Menschen zugleich das „Schöpfungsgemäße“ (oder „Seinskonforme“) ist, das mit dem kreatürlichen *Wesen des Menschen* in Übereinstimmung steht – was sich (jedenfalls in gewissen Grenzen) dann auch empirisch aufzeigen läßt.¹⁷ So läßt sich zeigen, daß etwa die zweite Tafel der Zehn Gebote dem kreatürlichen Wesen des Menschen gerecht wird, indem die Befolgung der Gebote sein Leben erhält und sein leibseelisches Wohl ermöglicht, während deren Mißachtung Leben und Lebensqualität zerstört.¹⁸

Die ontologische Begründung der christlichen Ethik ermöglicht ihre Verstehbarkeit nicht nur für Christen, sondern auch für *Nichtgläubende*: Für die Lebensethik hat dies die gewichtige Konsequenz, daß sich ihre Normen als allgemeingültig erweisen lassen und daher grundsätzlich auch für Nichtchristen einsehbar sind. Diese Tatsache ermöglicht



den Christen, die für jede Lebensethik notwendige *Unverfügbarkeit menschlichen Lebens* auch in der säkularen Gesellschaft plausibel zu machen und ihre fundamentale Bedeutung für jede humane Gesellschaft und humanitäre Ethik und jeden Rechtsstaat aufzuzeigen. Das Eintreten der Christen gegen Abtreibung und Euthanasie ist daher kein Ausdruck christlicher „Binnenethik“, sondern notwendiges Engagement für den Erhalt einer rechtsstaatlichen, die Menschenwürde respektierenden Gesellschaftsordnung. Es sollte daher eigentlich von jedem überzeugten Demokraten oder Humanisten begrüßt und unterstützt werden.

Die ontologische Begründung der christlichen Ethik bestimmt nicht nur ihre Lebens- und Schöpfungsethik, sondern auch ihre spezifisch christliche **Reich-Gottes-Ethik**: Da das Glaubensleben des Christen in dem neuen Sein der Liebe gründet, das dem Glaubenden von Gott als Frucht der Erlösung Jesu geschenkt wird (Röm. 5,5; Gal. 5,6), ist die christliche Ethik mehr als bloß geschöpfliche Lebensethik, sie ist Ethik des Reiches Gottes und des ewigen Lebens, die auf die Lebensfülle und Vollenendung des Menschen in der Gemeinschaft mit dem dreieinigen Gott zielt. Diese eschatologische Dimension der christlichen Ethik bestätigt die Schöp-

»Das Schwierige als Maßstab zu erhalten, an dem die Menschen sich immer wieder messen können, ist ein Auftrag, der nötig ist, damit nicht weitere Abstürze erfolgen.«

Benedikt XVI.
Licht der Welt

UTE PELZ - SIEGERTREPPCHEN - PIXELIO.DE



fungsethik, weil das geschöpfliche Leben die Voraussetzung des ewigen Lebens mit Christus ist. Sie *überbietet, vertieft und erweitert* aber auch die Schöpfungsethik als Ethik des „Vorletzten“ (Bonhoeffer), insofern sie das ewige Ziel menschlicher Existenz als „letzten“ Horizont der Ethik ernst nimmt. Die auf das ewige Heil ausgerichtete Erlösungsethik relativiert also in keiner Weise die auf das „irdische“ Wohl ausgerichtete Schöpfungsethik, sondern verstärkt sogar noch deren Bedeutung, insofern das Schöpfungshandeln Gottes die Voraussetzung seines erlösenden und vollendenden Gnadenhandelns ist. Um diesen Zusammenhang an einem

konkreten Beispiel der Lebensethik zu verdeutlichen: Das schon in der Erschaffung gründende unbedingte liebende Ja Gottes zum Menschen als *Geschöpf* wird durch die Tatsache vertieft, daß Gott in Jesus auch den Menschen als *Sünder* liebt, und zwar so sehr, daß er am Kreuz seinen geliebten Sohn für den Menschen dem Tod preisgibt! Die Tötung eines Menschen ist in dieser Perspektive nicht nur ein Angriff auf Gottes Schöpferhandeln, sondern auch eine Verneinung des erlösenden Leidens und Sterbens Jesu am Kreuz. Sie ist nicht nur Empörung gegen Gott den *Schöpfer*, sondern auch gegen Gott als *Erlöser und Vollender* des Menschen.

3. Die Notwendigkeit einer theologischen Begründung in Gottes Wesen

Die christliche Lebensethik hat ihre tiefste Verankerung im **Wesen des dreieinigen Gottes**. Denn Gott ist das vollkommene, absolut gute und gerechte Leben, die alles menschliche Begreifen sprengende göttliche Lebens- und Liebesfülle in Person. Weil der dreieinige Gott das Leben und die Liebe in Person ist, ist er alleiniger Geber aller kreatürlichen Lebendigkeit, ein „Freund des Lebens“, der jeden Angriff auf das Leben des Menschen verbietet und verwirft. Schon der noachitische Bund Gottes mit der vorchristlichen Menschheit macht deutlich: Wer den Menschen als Abbild Gottes antastet, tastet Gott selber an und hat den Tod verdient (1. Mose 9,6)! Gottes Gebot „Du sollst nicht töten“ ist also nicht eine bloß auf eine bestimmte Zeit oder Gruppe (sei es Israel oder die Christenheit) zu beziehende – und deshalb mit einem Vorbehalt zu versehen – theokratische Anordnung, sondern eine der ganzen Menschheit geltende und somit *universale Norm*, weil sie in seinem ewigen und unwandelbaren göttlichen Wesen begründet. Damit hat die christliche Lebensethik ein *absolut gültiges* Fundament, das sich jeder relativierenden Willkür des Menschen entzieht.





Die inhaltlichen Herausforderungen einer heutigen Ethik des Lebens

Auch die mannigfaltigen Herausforderungen einer heutigen Ethik des Lebens möchte ich in *drei Punkten* zusammenfassen:

1. Neue Betonung der Unverfügbarkeit des eigenen Lebens

Da in den letzten Jahren immer häufiger das Recht auf einen „selbstbestimmten Tod“ geltend gemacht wird,¹⁹ wird die christliche Lebensethik wieder ganz neu daran erinnern müssen, daß wir Menschen aufgrund unserer Geschöpflichkeit nicht das Recht haben, das uns anvertraute Leben nach unserem Gutdünken vorzeitig zu beenden. Dies gilt nicht nur für das unserer Verfügung ohnehin entzogene Leben des *Anderen*, sondern gleichermaßen auch für das uns geschenkte *eigene* Leben: Da wir nicht Geber des Lebens sind, sind wir auch nicht berechtigt, darüber zu verfügen, indem wir es beenden. Denn damit würden wir Gottes Eigentums- und Herrschaftsrecht antasten. Weil der Ruf nach vorzeitiger Beendigung des eigenen Lebens in den allermeisten Fällen Folge mangelnder menschlichen Zuwendung ist, schließt das kategorische Verbot, das eigene Leben vorzeitig zu beenden, freilich auch die Pflicht für die Mitmenschen ein, den Sterbewilligen so zu lieben und mit ihm umzugehen, daß diesem Wunsch die Grundlage entzogen wird. Langjährige Erfahrungen in der Palliativmedizin bestätigen, daß sich die Sterbewilligkeit auf diese Weise in der Regel beseitigen lässt.²⁰

2. Neue Betonung der Unverfügbarkeit allen menschlichen Lebens vor und nach der Geburt

Angesichts der weltweiten Massenabtreibung beinhaltet diese Betonung zunächst einmal das unzweideutige Nein ohne jedes Ja zur Tötung des ungeborenen Kindes durch Abtreibung. Dies hat nicht nur *individualethische* Konsequenzen für jeden einzelnen Betroffenen (Mütter, Väter, deren Eltern und Ärzte), sondern auch *sozialethische*: Die Überwindung der Abtreibung ist eine Aufgabe für

den *Staat* (indem er den Rechtsschutz des ungeborenen Kindes garantiert und Ehe und Familie unter seinen besonderen Schutz stellt und fördert), für die *Gesellschaft* (indem sie Hilfen für schwangere Frauen und deren Familien bereitstellt und für ein familien- und kinderfreundliches Klima sorgt) und für die *Kirchen* (indem diese in ihrer Verkündigung und Lehre kraftvoll das „Evangelium des Lebens“ bezeugen und den betroffenen Müttern und Familien die nötige seelsorgerliche und karitative Hilfe anbieten). Das Ziel muß jeweils sein, daß der Staat, die Gesellschaft und die Kirchen sich in „Wort und Tat“ als lebensbejahend, ehe- und familienfreundlich erweisen, damit eine „Kultur des Lebens“ entsteht, die von der Wertschätzung jedes menschlichen Lebens und vom alternativlosen Wert von Ehe und Familie geprägt ist.

Das unbedingte Ja zum menschlichen Leben in allen seinen Phasen beinhaltet auch eine unzweideutige Verwerfung der *Embryonenforschung*, der *nidationshemmenden Mittel* und der *In-Vitro-Befruchtung* (IVF).²¹ Diesem Bereich der Lebensethik wird (auch unter Evangelikalen!) meist zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet, weil von vielen offenbar das Leben in den ersten Tagen seiner Entwicklung (d.h. vor der Einpflanzung in die Gebärmutter) noch nicht als vollmenschliches Leben angesehen wird. *Hier muß die christliche Lebensethik das weithin fehlende Bewußtsein dafür schärfen, daß auch Nidationshemmung Tötung menschlichen Lebens ist!* In diesem Zusammenhang ist viel zu wenig bekannt, daß zu den **nidationshemmenden Mitteln** nicht nur die sog. postcoitale „Pille danach“ gehört, sondern leider auch die ganz „normale“, als Ovulationshemmer bekannte „**Anti-Baby-Pille**“!

Es wird höchste Zeit, daß in den christlichen Ethiken und in der kirchlichen Katechese dieser hinreichend nachgewiesenen,²² teils aber noch immer unbekanntes, teils verschwiegenen und teils immer bagatellisierten Tatsache endlich die gebührende Aufmerksamkeit zuteil wird. Die mangelnde Aufklärung über die multifaktorielle und potentiell nidationshemmende Wirkung der Pille trug nicht wenig zur jener weitgehenden Akzeptanz der „Pille“ in christlichen Kreisen bei, die auf dem Münchener Kirchentag in der medizinisch und theologisch gleichermaßen unverantwortlichen Äußerung der

ehemaligen EKD-Ratsvorsitzenden Margot Käßmann gipfelte, daß die Pille ein „Geschenk Gottes“ sei.²³

Die bedingungslose Bejahung des menschlichen Lebens beinhaltet natürlich auch die vorbehaltlose Ablehnung der sog. „aktiven Sterbehilfe“ bzw. **Euthanasie**.²⁴ Hier bedarf es in den nächsten Jahren der Wachsamkeit und des Engagements möglichst vieler christlicher Theologen, Kirchenführer und sog. „Laien“, damit der Kampf um die Verhinderung europaweiter Euthanasie nicht in ähnlicher Weise verloren geht wie der leider (jedenfalls vorerst) verloren gegangene Kampf um die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung des Rechtsschutzes für ungeborene Kinder.

In diesem Zusammenhang muß m.E. auch die derzeitige **Praxis der Organtransplantation** kritisch angesprochen werden. Die Transplantationsmedizin ist ja als medizinische Errungenschaft solange begrüßenswert und ethisch unbedenklich, solange die Organe *toten Menschen* mit deren Einwilligung entnommen werden. Das Problem der gegenwärtigen *Transplantationsmedizin* besteht aber gerade darin, daß sie zu etwa 75 % auf der Organentnahme von sog. „Gehirntoten“ basiert. Dagegen wäre – wie gesagt – nichts einzuwenden, wenn es sich bei den sog. „Hirntoten“ um biologisch unzweideutig tote Menschen handeln würde. Davon aber kann keine Rede sein: Die Ersetzung des biologischen Todes durch den sog. „Gehirntod“ beruht auf einer willkürlichen (weil *biologisch* völlig unbegründeten und unhaltbaren!) Definition, die erst im Jahre 1968 von einer Harvard-Kommission formuliert wurde und sich international trotz des Protestes und der Einwände namhafter Mediziner, Ethiker, Theologen und Philosophen sehr rasch verbreitet hat, um für die Transplantationsmedizin möglichst optimale Voraussetzungen zu schaffen.

Diese Neudefinition des Todes war zwar unter utilitaristischen Gesichtspunkten sehr nützlich (weil sie die Möglichkeiten der Organtransplantation erheblich erweitert hat), ließ und läßt sich aber bis auf den heutigen Tag *biologisch* nicht bestätigen, da der Organismus sog. „Hirntoter“ vor Eintritt des biologischen Todes noch zahlreiche unzweifelhaft lebensfähige Funktionen (z.B. Herzschlag, Kreislauf,

Nieren und Verdauungsfunktion, Hormonproduktion, Reflexe, Heilungsprozesse, u.U. sogar Gebärfähigkeit) erkennen lässt. Bestimmte Organe (Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Leber) lassen sich nämlich nach Eintreten des biologischen Todes (der durch das Erlöschen der für den Gesamtorganismus wesentlichen Lebensvorgänge wie Herz-Kreislauffähigkeit und der *Gehirnfunktionen* gekennzeichnet ist) nicht mehr transplantieren, wohl aber auf der Basis des sog. „Hirntodes“, der ein irreversibles Erlöschen der messbaren Gehirnfunktionen beinhaltet, keineswegs aber ein Ende aller wesentlichen Lebensfunktionen des Organismus. Seit 1968 arbeitet die Transplantationsmedizin weltweit überwiegend auf der Basis des Hirntodes, obwohl die Debatte um die Legitimität und Plausibilität des „Hirntodkonzeptes“ noch längst nicht beendet ist.²⁵ Geht man von dem für die Lebensethik unausweichlichen Grundsatz „*in dubio pro vita*“ (d.h. „im Zweifelsfall für das Leben“) aus, dann ist diese medizinische Praxis ethisch absolut untragbar, auch wenn sie sich längst durchgesetzt hat.

3. Hinwendung zu einer allgemeinen Ethik der „Ehrfurcht“ vor dem Leben und vor Gottes Schöpferweisheit

Abgesehen von der unabdingbaren Respektierung der Unverfügbarkeit *allen* menschlichen Lebens ist in Kirche und Gesellschaft eine tiefgreifende *Änderung der Gesinnung* notwendig: Wir (post) moderne Menschen haben weithin auch als Christen die tiefe Ehrfurcht vor dem Wunder des Lebens im Allgemeinen und des Menschen im Besonderen verloren. Das ehrfürchtige Staunen und der Jubel der biblischen Frommen angesichts der Gottes unermessliche Weisheit (Spr. 3,19) widerspiegelnden Herrlichkeit der Schöpfung, wie sie sich in den sog. *Schöpfungpsalmen* kundtun (Ps 8; 19; 33; 104; 139 u.a.), sind uns weithin abhanden gekommen. Stattdessen sind wir vielfach Opfer eines **Machbarkeitsdenkens** geworden, das sich anmaßt, das geschöpfliche Leben nach unserem persönlichen Belieben und Gutdünken zu behandeln, zu manipulieren oder – im Konfliktfall – sogar zu töten. Die auch unter vielen Christen heimisch gewordene *Verhüttungsmentalität*, die sich in einem inflationären und



selbstverständlichen Gebrauch von Verhütungsmitteln äußert, ist beispielsweise ein Symptom dafür, daß anstelle der ehrfürchtigen Bejahung der in der Bibel so vielfach gepriesenen Segensgabe der Fruchtbarkeit²⁶ heute vielfach deren Verneinung, Ausschaltung oder gar Zerstörung getreten ist. Kinder werden allzu häufig nicht mehr einfach und vorbehaltlos als „Gabe des HERRN“ (Ps 127,3) willkommen geheißen und bejaht, sondern zu einem erwünschten oder unerwünschten „Produkt“ der Familienplanung degradiert oder gar als bedauerlicher „Verhütungsfehler“ abgelehnt, der dann nachträglich durch Abtreibung „korrigiert“ werden muß. Die gegenwärtige, historisch in Friedenszeiten noch nie da gewesene demographische Entwicklung in den Ländern Europas mit ihren im Einzelnen noch kaum absehbaren negativen Konsequenzen für den Sozialstaat (Altersversorgung u.a.)²⁷ ist das Ergebnis einer verbreiteten Haltung, die man ohne Übertreibung als *fruchtbarkeits- und kinderfeindlich* bezeichnen kann, die sich jedenfalls weit entfernt hat von jener tiefen „Ehrfurcht vor dem Leben“, von der das biblische Schöpfungsdenken geprägt ist und die – zur Beschämung von uns Christen sei es gesagt – teilweise sogar in den nicht-christlichen Religionen zu beobachten ist. Albert Schweitzer hat mit seiner berühmten Formulierung „Ehrfurcht vor dem Leben“ jedenfalls die biblische Haltung zur Schöpfung treffend in Worte gefasst. Auch wenn mit dieser Formel längst nicht alle lebensethischen Fragen geklärt sind,²⁸ so ist doch mit ihr die Grundhaltung beschrieben, die uns als Christen im Umgang mit dem menschlichen Leben bestimmen sollte.²⁹ Der große Bibeltheologe Adolf Schlatter hat in seiner Dogmatik diese Grundhaltung ähnlich wie Schweitzer in folgende Worte gefaßt: „Daß wir uns nicht in unserer, sondern in Gottes Welt bewegen, das gibt uns die *Ehrfurcht vor der Wirklichkeit* und verwehrt uns, klüger sein zu wollen als jener Gedanke, durch den das Bestehende entstand.“³⁰

Die notwendige Ehrfurcht vor der Schöpfung und dem kreatürlichen Leben wird sich freilich nicht einstellen, solange wir nicht zu einer neuen Hinwendung zu Gott gelangen, die ihn wieder ganz neu als Schöpfer und Herrn unseres Lebens ehrt. Erst wenn wir wieder IHN, die Quelle allen Lebens, „fürchten, lieben und vertrauen“ (Luther), werden

wir auch gegenüber der Schöpfung, dem geschöpften Leben und dem Menschen als Krone der Schöpfung die rechte Grundhaltung gewinnen: „Der Mensch bleibt uns Mensch und die Natur Natur, solange uns Gott Gott ist.“³¹ Denn Er, der dreieinige Gott, ist es, der uns in Seiner Lebensfülle täglich überreichlich und gänzlich unverdient beschenkt mit Seinen Gaben. Die kostbarste seiner Gaben aber ist das Leben: das kreatürliche Leben in seiner Zerbrechlichkeit und das im Glauben an Jesus Christus empfangene unzerstörbare ewige Leben. Dieses uns geschenkte und anvertraute Leben zu ehren, zu erhalten und zu entfalten, ist unsere Aufgabe als Geschöpfe und Kinder Gottes! Um dieser anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden, sollte uns die christliche Lebensethik verlässliche Orientierung und Hilfestellung geben.

ERSTDRUCK IN: *idea Dokumentation, Verfügungsmasse Mensch? Lebensanfang und Lebensende im Licht der christlichen Ethik, 2010. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von idea e.V. und Dr. Werner Neuer. Der Verfasser, ev. Pastor, ist seit dem Jahre 2000 Dozent für Systematische Theologie am Theologischen Seminar St. Chrischona.*

Fußnoten

1. S.u. die Beiträge in dieser DOKUMENTATION von T.S. Hoffmann und O.W. Hahn.
2. Vgl. dazu meinen Artikel „Abtreibung“ in: Evangelisches Lexikon für Theologie und Gemeinde (hg. v. H. Burkhardt / U. Swarat), Wuppertal / Zürich, Bd. 1, 14–16.
3. Zit. nach J. Mc Govern, *Christi Liebe weitergeben*, Freiburg / Basel / Wien 1980, 154f.
4. Enzyklika *Evangelium Vitae* von Papst Johannes Paul II., Nr. 4; 40; 41.
5. Ebd. Nr. 4.
6. Vgl. dazu meine Untersuchung: *Heil in allen Weltreligionen? Die pluralistische Religionstheologie John Hicks*, Gießen / Neuendettelsau 2009.
7. *ideaSpektrum* Nr. 103 (13.4.2010) 11f.



8. Zur Situationsethik und ihren Folgen vgl. die Publikationen von K. Bockmühl (z. B. Gott im Exil. Zur Kritik der „neuen Moral“, Wuppertal 1975) und H. BURKHARDT, Einführung in die Ethik. Teil I: Grund und Norm sittlichen Handelns (Fundamentaethik), Gießen / Basel 1996 44–47.
9. Vgl. dazu als Erstinformation zu diesem komplexen ethischen Ansatz H. Burkhardt, aaO, 34–39 und R. Spaemann, Moralische Grundbegriffe, München 31986, 61–72.
10. Die ethische Unhaltbarkeit der kirchlichen Beteiligung an der gesetzlichen Schwangerschaftsberatung hat R. Spaemann in seinem brillianten FAZ-Aufsatz „Die schlechte Lehre vom guten Zweck. Der korrumpierende Kalkül hinter der Schein-Debatte“ überzeugend dargelegt (abgedruckt in: R. Spaemann, Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart 2001, 391–400). Vgl. zur ganzen Problematik die grundlegende Darstellung von M. SPIEKER, Kirche und Abtreibung in Deutschland. Ursachen und Verlauf eines Konflikts, Paderborn/München/Wien/Zürich 2001 und den Beitrag von B. Buchner in dieser Dokumentation.
11. Vgl. dazu den instruktiven Überblick bei H. Steeb: Die Protestanten und das Lebensrecht des Menschen – unverbindliche Klarheit oder verbindliche Unklarheit?, in: R. Jung / F. Koppelin / T. Schirrmacher (Hg.), Tabuthema Tod? Vom Sterben in Würde, Idea-Dokumentation 9 / 2004, Bonn 2003, 45–62.
12. Zur ethischen Bewertung der (praktizierten) Homosexualität vgl. zur Erstinformation H. Burkhardt, Ethik Bd. II/2: Das gute Handeln. Sexualethik – Wirtschaftsethik – Umweltethik – Kulturethik, Gießen / Basel 2008, 115–130.
13. Wie sehr die im Gendermainstreaming -Programm intendierte Überwindung der schöpfungsmäßigen Polarität der Geschlechter in der ev. Theologie bereits Fuß gefaßt hat, zeigt das Buch von Isolde KARLE: „Da ist nicht mehr Mann noch Frau ...“. Theologie jenseits der Geschlechterdifferenz, Gütersloh 2006. Zur kritischen Auseinandersetzung mit diesem Konzept vgl. z. B. D. Klenk (Hg.), Gender Mainstreaming. Das Ende von Mann und Frau? Reichelsheim / Gießen / Basel 2009 und G. KUBY, Die Gender Revolution: Relativismus in Aktion, Kisslegg 2006; zur theologischen Bewertung des Feminismus vgl. mein Buch Mann und Frau in christlicher Sicht, Gießen / Basel 1993 und M. Hauke, Gott oder Gottin. Feministische Theologie auf dem Prüfstand, Aachen 1993.
14. Vgl. E. Schockenhoff, Wider eine schlechte Arbeitsteilung. Besteht noch der Konsens der Kirchen in ethischen Fragen? in: Herder Korrespondenz 63 (12 / 2009) 605–610 und die inhaltlich leider recht unbefriedigende Replik von H. Bedford-Strohm, Gemeinsames Zeugnis ist gefragt. Besteht aber noch Konsens in ethischen Fragen? in: Herder Korrespondenz 64 (1 / 2010) 56-60.
15. Vgl. die Ethiken von K. Bockmühl (Christliche Lebensführung. Eine Ethik der Zehn Gebote, Gießen / Basel 1993, 121–127), H. Burkhardt, aaO (Anm.8), 113–125, H. Afflerbach (Handbuch Christliche Ethik, Wuppertal 2002, 397–434) und – besonders ausführlich – T. Schirrmacher (Ethik, Bd. 3: Gottes Ordnungen. Erziehung, Wirtschaft, Kirche und Staat, Nürnberg / Hamburg 22001, 821–926).
16. Zur fundamentalen Bedeutung der heute auch im kirchlichen Raum unpopulär gewordenen „Furcht Gottes“ für die christliche Ethik vgl. die Ausführungen in: H. Burkhardt, Ethik. Teil II, Gießen / Basel 2003, 27–33.
17. Ein schöner Beleg, wie sich z. B. das biblische Verständnis der Ehe als alternativloser Gestalt der Partnerschaft zwischen Mann und Frau auch empirisch bestätigt, ist die zahlreiche familiensoziologische Studien zusammenfassende Untersuchung von T. Schirrmacher: Der Segen von Ehe und Familie. Interessante Erkenntnisse aus Forschung und Statistik, Idea-Dokumentation 3 / 2006, Bonn 2006.
18. In dieser Tatsache liegt auch das theologische Recht der in der Alten Kirche und in der Reformation vollzogenen Identifikation der Dekalognormen mit dem Naturrecht. Vgl. dazu die moderne und populäre Veranschaulichung des Naturrechtsgedankens bei C.S. Lewis, Pardon ich bin Christ. Meine Argumente für den Glauben, Gießen / Basel 1977, 14–26.
19. Vgl. dazu den Überblick bei S. Holthaus / T. Jahnke, Aktive Sterbehilfe. Ausweg oder Irrweg? Gießen 2008, 37–58.
20. Vgl. dazu meinen Aufsatz „Sterbehilfe – Liebestat oder Grenzüberschreitung? 124, in: V R. Jung / F. Koppelin / T. Schirrmacher (Hg.), aaO (Anm.11), 121–126.
21. Das Hauptproblem bei der IVF sind in lebensethischer Hinsicht die nicht in die Gebärmutter verpflanzten überzähligen Embryonen, die selbst bei der – verglichen mit anderen Ländern – strengen derzeitigen deutschen Regelung (die z. B. Präimplantationskontrolle verbietet) nicht zu ver-



meiden sind (vgl. dazu W. Huber , Der gemachte Mensch. Christlicher Glaube und Biotechnik, Berlin 2002, 8: „...unweigerlich bleiben bei der In-Vitro-Fertilisation Embryonen übrig.“). In Deutschland sind es z.Zt. schätzungsweise 100–150 „überzählige“ Embryonen (E. Schockenhoff , Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg / Basel / Wien 2009, 455). 22 S. u. in dieser Dokumentation den Beitrag von R. Ehmann .

23. Zit. nach: www.heute.de / ZDFheute. Die Äußerung Käsmanns stellt die Tatsachen in mehrfacher Hinsicht auf den Kopf: Ausgerechnet jenes von Menschen hergestellte Produkt, das ausdrücklich auf die Verhinderung oder gar potentielle Tötung von Kindern zielt, darüber hinaus gravierende Leben zerstörende Auswirkungen für die Frauen und noch unabsehbare ökologische Folgen für Umwelt, Mensch und Tier hat (vgl. dazu den Beitrag von R. Ehmann in dieser Dokumentation), wird hier zum „Geschenk Gottes“ deklariert! Hier rächt sich freilich, daß man in der evangelischen Ethik – in falscher Abgrenzung zur römischen Kirche – weithin nun schon seit vielen Jahren kein eindeutiges Nein gegen die Pille gefunden hat, sondern deren Verwendung allzu häufig der „verantwortlichen Gewissensentscheidung“ der Paare überläßt.

24. S.u. in dieser Dokumentation die Beiträge von T.S. Hoffmann und O. Hahn .

25. Wie sehr die Hirntoddefinition gerade in neuerer Zeit wieder problematisiert wird, zeigt: S. Müller , Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik [Ethik in der Medizin 22 (1010 / 1) 5–17]. Vgl. zu dieser Thematik auch die kritischen Stellungnahmen von R. Beckmann , Der Hirntod: Kein sicheres Todeszeichen! [Lebensforum 93 (2010) 26–29], P.A. BYRNE, Tod – die Abwesenheit von Leben [Lebensforum 81 (2007) 10–15], M. Balkenohl , Der Hirntod – Zur Problematik einer neuen Todesdefinition [Theologisches 37 (2007 / 1-2) 31–64] und die größeren Publikationen von M. Reuter , Abschied von Sterben und Tod? Ansprüche und Grenzen der Hirntodtheorie, Stuttgart / Berlin / Köln 2001 und W. Ramm (Hg.), Organspende. Letzter Liebesdienst oder Euthanasie?, Abtsteinach 42000.

26. Zur hohen biblischen Wertschätzung der Fruchtbarkeit vgl. das dreifache Zeugungsgebot in 1. Mo 1,28; 9,1.7 und Stellen wie 1. Mo 15,5; 16,10; 22,17; 26,4; 35,11; 5. Mo 7,13f.; Jer 23,3; Hes 36,11. Das sich in dieser Wertschätzung der

Fruchtbarkeit eine denkbar hohe Einschätzung des Kindes manifestiert zeigen Stellen wie Ps 127,3 und Mt 18,3.

27. Vgl. dazu den französischen Historiker P. CHAUNU, Die verhütete Zukunft, Stuttgart 1979 und den renommierten Demographen H. BIRG, Die demographische Zeitenwende. Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa, München 2001.

28. Vgl. dazu die kritischen Bemerkungen von E. Schockenhoff , aaO (Anm. 20), 86–92.

29. Vgl. zur vertiefenden Weiterführung die Ausführungen von E. Schockenhoff , (ebd. 608–621) die m.E. zu den Höhepunkten seiner „Ethik des Lebens“ gehören.

30. A. Schlatter , Das christliche Dogma, Stuttgart 41984, 99 (Hervorhebung W.N.).

31. Ebd. 165.



Quelle: LifeSiteNews.com v. 18. Jänner 2011

Expert: Abortion has led to 300,000 extra breast cancer deaths in U.S.

Abortion has led to 300,000 additional breast cancer deaths in the United States since the Roe v. Wade Supreme Court decision legalized the act, says an expert on the abortion-breast cancer (ABC) link.

Dr. Joel Brind, professor of endocrinology at Baruch College, City University of New York and a director at the Breast Cancer Prevention Institute, made this assertion this week in a press release

by the Coalition on Abortion/Breast Cancer. It is based on his 1996 meta-analysis, which found that women had a 30% greater chance of developing breast cancer after obtaining an abortion.

“If we take the overall risk of breast cancer among women to be about 10% (not counting abortion), and raise it by 30%, we get 13% lifetime risk,” he said. “Using the 50 million abortions since Roe v. Wade figure, we get 1.5 million excess cases of breast cancer. At an average mortality of 20% since 1973, that would mean that legal abortion has resulted in some 300,000 additional deaths due to breast cancer since Roe v. Wade.”

Brind said his estimate excludes deaths from the use of abortion to delay first full term pregnancies - a recognized breast cancer risk.

Karen Malec, the Coalition’s president, said that while the ABC link continues to be denied, it is supported by a growing body of evidence. “During the last 21 months, four epidemiological studies and one review reported an ABC link. One study included National Cancer Institute branch chief Louise Brinton as co-author. We count nearly 50 published epidemiological studies since 1957 reporting a link. Biological and experimental studies also support it.”

“Experts proved in medical journals that nearly all of the roughly 20 studies denying the link are seriously flawed (fraudulent),” she added. “Like the tobacco-cancer cover-up, these are used to snow women into believing abortion is safe.”

The press release noted that in 2002, Angela Lanfranchi, MD testified under oath in a California lawsuit against Planned Parenthood that she had private conversations with leading experts who agreed abortion raises breast cancer risk, but they refused to discuss it publicly, saying it was “too political.”

The Coalition on Abortion/Breast Cancer is an international women’s organization founded to protect the health and save the lives of women by educating and providing information on abortion as a risk factor for breast cancer.

Das Zitat



»(...) Diese ganzen Ideologien machen alles so kompliziert. Schwule betüddeln macht Moslems wirr, Frauenvolk mag der Moslem auch nur unterm Kopftuch, die Feministen wollen aber Kemal und Mohammed hier haben, und die Genderisten wollen alles auf einmal, außer deutsche Männer. Soviele Interessen, da knallt alles durcheinander!«

Der Klaus aus Deutschland

in: Junge Freiheit

v. 20.12.2010



Quelle: kath.net v. 14. Januar 2011

USA: Leiterin einer Abtreibungsklinik wechselt zur Pro-Life-Bewegung

In den USA hat Abby Johnson, eine bekannte Leiterin einer Abtreibungsklinik, jetzt die Seiten gewechselt und unterstützt ab sofort die Pro-Life-Bewegung. Ihr vor drei Tagen erschienenes Buch hat sich sofort einen sensationellen Platz auf der Bestsellerliste von Amazon/USA erobert. Die neue Lebensschützerin beschreibt in diesem Buch ihre Entwicklung von der Abtreibungsbefürworterin zur Abtreibungsgegnerin.

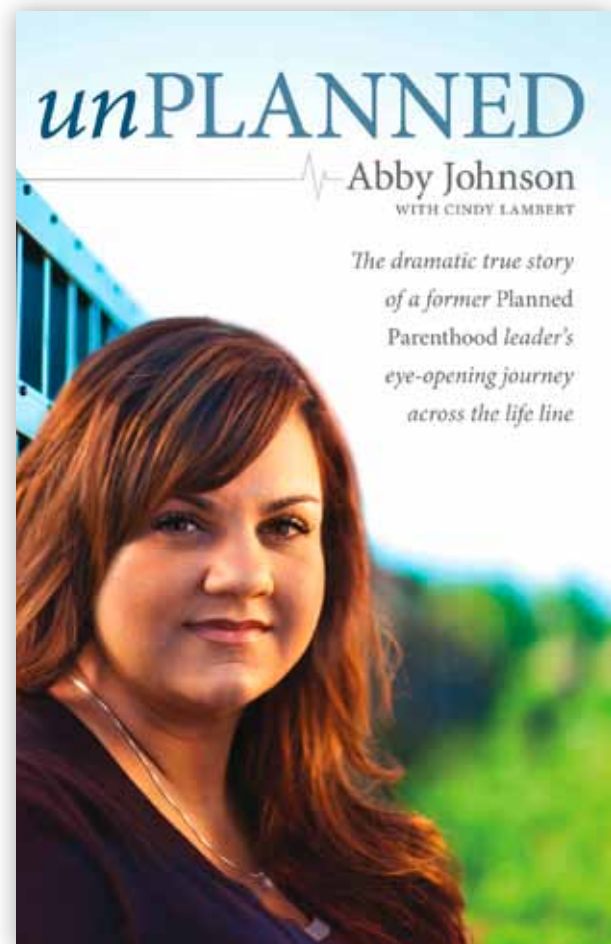
Bei Abtreibung weiß Abby Johnson, wovon sie spricht. Sie war zunächst in einer gläubigen Familie aufgewachsen, doch trotzdem war sie Teil der Abtreibungsindustrie geworden.

Lange Zeit hatte sie die Ideologie von Planned Parenthood übernommen und geglaubt, dass die Zahl der Abtreibungen herabgesetzt durch „persönliche Entscheidung“ geringer werden könnten. Inzwischen urteilt Johnson anders und betont, dass Planned Parenthood zuallererst daran interessiert, sein profitträchtiges Angebot – die Abtreibung – so oft wie möglich zu verkaufen.

2009 assistierte sie wegen Personalknappheit bei einer ultraschallüberwachten Abtreibung und sie beobachtete dabei das Baby auf dem Monitor. Johnson hatte gedacht, dass das Ungeborene in diesem Entwicklungsstadium unfähig wäre, etwas zu fühlen. Doch dieses 13 Wochen alte Kind versuchte, dem Saugrohr auszuweichen. „Das letzte, was ich sah, war eine winzige, perfekt geformte Wirbelsäule, welche im Sauger verschwand.“ Das Baby starb

vor ihren Augen. Schockiert gab sie wenige Wochen später ihren Beruf auf.

Johnson und ihr Ehemann bereiten sich inzwischen darauf vor, in die katholische Kirche aufgenommen zu werden. In der Vorbereitung auf die Konversion empfand sie die katholische Lehre über die künstliche Empfängnisverhütung als größte Herausforderung, sagte Johnson. Selbst als sie schon Abtreibungsgegnerin war, habe sie noch die Einstellung von Planned Parenthood vertreten, dass die künstliche Empfängnisverhütung sowohl für die Frauen wie auch für die Gesellschaft von Vorteil wäre. Erst nachdem sie die „Theologie des Leibes“ von Johannes Paul II. gelesen hatte, erschloss sich für sie der Sinn dieser katholischen Lehre.



Abby Johnson: *Unplanned. The Dramatic True Story of a Former Planned Parenthood Leader's Eye-Opening Journey across the Life Line*, Ignatius Press 2011. *Dies auszusprechen ist weder schön noch schick. Es ist aber Wahrheit und Tatsache (...)*“



„Die Frage aber, ob das wirtschaftliche und das biologische Potential zum Aufbau der Welt oder zu ihrer Zerstörung eingesetzt wird, ob die ungeheuren Möglichkeiten der modernen Menschheit dem Hass, der Habsucht, der Ausbeutung und Unterdrückung, der Zerstörung und Verschwendung dienen oder dem Aufbau einer gerechten Weltordnung, ist letzten Endes keine wirtschaftliche oder biologische Frage, sondern eine geistig-moralische Entscheidung, eine Wahl zwischen Gut und Böse, die nicht von ökonomischen oder biologischen Faktoren determiniert ist.“

aus: Dr. Siegfried Ernst, Dein ist das Reich

B A U E N S I E M I T

Europäische Ärzteaktion e.V.

Postfach Salzburg: 200 * A-5010 Salzburg

Fon: +43 (0)664 - 11 888 20 bzw. +49 (0)163 - 67 32 888

E-Mail: aerzteaktion@aol.com Internet: www.aerzteaktion.eu



Spendenkonto: Sparkasse ULM Konto-Nr. 123 509, BLZ 630 500 00 / IBAN: DE 5663 0500 0000 0012 3509

- Ja! Ich abonniere die Zeitschrift "Medizin und Ideologie" für 16,- € pro Jahr (4 Ausgaben)
- Ja! Ich unterstütze die EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION e.V. als ordentliches Mitglied mit einem festen Monatsbetrag. Der Bezug der Zeitschrift ist im Beitrag enthalten. Die Höhe des Beitrages habe ich angekreuzt:
 - 60,- € jährlicher Mitgliedsbeitrag
 - 40,- € jährlich für Studenten
 - € jährlich freiwillige Unterstützung der Aktivitäten und Ziele
 - € Spendenquittung am Jahresende (ab 100,- €) Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig

Meine Adresse	Freiwillige Angaben
Name: _____	Geboren am: _____
Straße, Nr.: _____	Telefon: _____
PLZ, Ort: _____	Religion: _____
E-Mail: _____	Beruf: _____

- Um Verwaltungskosten zu sparen, wäre es uns lieb, wenn Sie bei Ihrer Bank einen **Dauerauftrag** (mtl./vierteljährl./halbjährl./jährl.) einrichten, den Sie jederzeit löschen können:

Institut: _____ Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

AN DER KULTUR DES LEBENS

MEDIZIN&IDEOLOGIE 1/11



Europäische Ärzteaktion

Mitglied der
World Federation Of Doctors Who Respect Human Life

Mitglied im
Bundesverband Lebensrecht (BVL)