

# MEDIZIN & IDEOLOGIE

# 02 / 13



## Globale Verführung

Prof. Rhomberg, Vasektomie **6**

Dr. Ehmann, Pränataldiagnostik **22**

---

## 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@t-online.de  
Internet: www.eu-ae.com

### Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Bernhard Gappmaier

### Redaktion:

Dr. Manfred M. Müller; Dr. Eva Salm

Gestaltung: Dr. Manfred M. Müller  
Satz: Jakob Sproski, MA

### Grafisches Konzept:

AugstenGrafik www.augsten.at

### 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. ■

# *Liebe Mitglieder und Freunde der Europäischen Ärzteaktion e.V. !*



**D**ie Vorbereitung dieser Ausgabe erinnert mich an den Beginn der eigenen ärztlichen Ausbildung.

In einem kleinen Landspital war ich zu allererst der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung zugeteilt worden. Und gleich am ersten Vormittag erging die Aufforderung zu einer Assistenz im Operationsaal. Also Anziehen der Operationskleidung, chirurgische Händedesinfektion, Betreten des Operationsraumes. Das gesamte Team wartet dort schon in grünem Einheitsgewand mit Schutzmasken über Mund und Nase und mit ebenso grünen Hauben am Kopf auf den Neuankömmling. Einzig die Augen des Personals bleiben frei von der Verdeckung und werden so all die fremden Blicke umso eindringlicher empfunden.

Am Operationstisch liegt eine junge Frau. Sie ist bereits narkotisiert, das Operationsteam zum Eingriff bereit. Der gynäkologische Chefarzt gibt einige knappe, förmliche Anweisung an den neu dazu gerufenen Assistenten, dann setzt er einen kurzen Schnitt unter dem Nabel der Frau, ein gut fingerdickes Rohr wird durch die so geschaffene Öffnung in die Bauchhöhle geführt, ein Gasgemisch eingeleitet, um den erweiterten Bauchraum laparoskopisch besser darstellbar zu machen, Aufsuchen der Eileiter, Durchtrennung... Mit dem raschen Bewusstsein werden des eigentlichen Eingriffsziels - nämlich der Sterilisation der jungen Frau - wächst eine ungewöhnliche Unruhe, ein seltsames Widerstreben für das, wozu ich eben zur Beihilfe gerufen worden war.

Da hatte ich gerade das Universitätsstudium abgeschlossen, mich im akademischen Geist und

geprägt durch den hippokratischen Eid der Heilkunst verpflichtet. Und zugleich wusste ich mich mitten in einem Akt, bei dem wider die gesunde Natur einer Frau und dem Heilauftrag deren Fruchtbarkeit mit der operativen Durchtrennung beider Eileiter willentlich und endgültig unterbunden werden sollte.

Verweigerung, dem Operateur klarmachen, dass ich nicht weiter assistieren wolle, weil mir dieser Eingriff zuwider sei und dann einfach den Operationstisch verlassen. Zugleich die vielen fremden Augen, was man darüber wohl denken würde, die sicheren persönlichen Konsequenzen für die Ausbildung bei an sich langen Wartezeiten auf eine Stelle... es fehlt mir die Tapferkeit.

Und doch wächst mit der Not ein kluger Ausweg auch.

Dem Ausbildungsarzt ist die präoperative Aufklärung der Frauen übertragen, welche eine Tubenligatur beabsichtigen. Durchschnittlich werden in dem Krankenhaus zwei bis drei derartige Unterbindungen pro Woche, meist bald nach der Geburt eines Kindes, ausgeführt. In den folgenden sechs Monaten sollte kein einziger derartiger Eingriff mehr stattfinden. Meine Beratungsgespräche sind für die Frauen offensichtlich überzeugend.

Als schließlich eine Frau mit dem Wunsch zur Unterbindung eigens von weiter her angereist gekommen war und wieder das vorausgesetzte persönliche Gespräch mit ihr stattgefunden hatte, kamen die Probleme mit dem Chef im Handumdrehen.

Sie war nämlich die Freundin seiner Frau und die Weiterleitung meiner Beratung an ihn obligat. Also schimpfte er mich wütend einen Gesinnungsterroristen und drohte er mir alsdann mit dienstlichen Konsequenzen. Mutig genug erlaubte ich mir, ihn auf seine schizophrene (sic!) Geisteshaltung aufmerksam zu machen: da verhütete und unterband er doch die Schwangerschaften und zeigte er sich zugleich mit den wiederkehrenden Kontrollen des Geburtenbuchs an der Gebärtation um die sinkenden Geburtenraten besorgt bzw. wollte er sie gesteigert wissen.

Die Konsequenzen blieben aus.

Im Übrigen fragte ich manche Frauen, die sich im Herzen unwohl über den beabsichtigten Entschluss fühlten, aber häufig von ihren Ehegatten dazu gedrängt worden waren, mit Augenzwinkern, warum doch die Männer den Eingriff nicht an ihrer statt an sich selbst vornehmen lassen wollten, wo dies bei ihnen viel unkomplizierter durchführbar wäre. Ich wusste wohl, dass die meisten Männer in der Ahnung um die unwiederbringliche Verletzung ihrer Männlichkeit eine derartige Entscheidung vorneweg ablehnten und unterließ es zugleich nicht, die mir auch für sie bekannten Auswirkungen anzudeuten, die mir nicht harmlos schienen.

Abgesehen von diesen persönlichen Erfahrungen hat die Sterilisation von Männern und Frauen

zunächst vor allem aus eugenischen Erwägungen im zum Teil großen Stil Anwendung gefunden. Von Bevölkerungskontrollstrategen wurde sie schließlich als eine besonders effektive Form der Geburtenbeschränkung empfohlen.

Politisch hatte Indira Ghandi eine Wahl in Indien verloren, weil sie dereinst die gezielte Sterilisation der Männer als ein maßgebliches Dezimierungsprogramm für ihr Land gutgeheißen hatte.

Und in den aufgeklärten westlichen Staaten ist die Propaganda so weit gediehen, dass wir als vermeintlich freie Individuen davon überzeugt sind, ganz selbstbestimmt in freier Entscheidung gegen die Natur die für uns bestmögliche Verhütungsmethode bis hin zur Unwiderrufbarkeit wählen zu können.

Der Artikel von Prof. Rhomberg zeigt auf, dass solche Eingriffe letztendlich nicht unbeschadet für den Einzelnen bleiben.

„Es gibt ein wahres Gesetz: das der rechten Vernunft. Es stimmt mit der Natur überein, ist bei allen Menschen vorhanden und besteht unveränderlich und ewig. Seine Gebote fordern zur Pflicht auf; seine Verbote verwehren Verfehlungen... Es durch ein gegenteiliges Gesetz zu ersetzen, ist ein Sakrileg. Man darf es auch nicht teilweise aufheben, und niemand kann es gänzlich abschaffen.“ Cicero, rep. 3,22,33; siehe dazu den Beitrag „Der lateinische Frieden“ S. 32 ff.

IHR

DR. MED. BERNHARD GAPPMAIER

VORSITZENDER DER EUROPÄISCHEN ÄRZTEAKTION

*Nur das Ewige  
ist unverletzbar  
durch die Zeit.*

SIMONE WEIL

# Inhalt 02/2013

## Forschung

- 6 **Die Vasektomie – ein trojanisches Pferd?**  
*von Prof. Dr. W. Rhomberg*

## Männer

- 17 **Mannsein**

## Forschung

- 22 **Pränataldiagnostik: Die neuen ethisch  
problematischen Bluttests**  
*von Dr. Rudolf Ehmann*

## Rezension

- 36 **Lügen, Ultraschall und Wahrheit**  
*von Dr. Manfred M. Müller*

## Blitzlicht

- 18 Heiliger Stuhl vor der UNO  
19 Verhütung und Abtreibung  
29 Selektion  
32 Der »Lateinische Frühling«  
35 EU-Parlament diskriminiert  
Jugend für das Leben

## Standards

- 2 Impressum / Wir über uns  
3 Editorial  
42 Interna

# Forschung

## Die Vasektomie – ein trojanisches Pferd?

VON PROF. DR. W. RHOMBERG

**D**ie Vasektomie, bei der durch einen klein chirurgischen Eingriff die Samenleiter des Mannes unterbunden werden, gilt als sehr gut verträgliche und effiziente Methode der Sterilisierung des Mannes. Vasektomien haben eine Erfolgsquote von insgesamt 95 bis 100%. In den westlichen Ländern liegt der Pearl Index einer Vasektomie bei 0.1–0.8.

Die Operation wird im allgemeinen durch einen Urologen in Lokalanästhesie ambulant (selten in Vollnarkose) durchgeführt. Im Gegensatz zu einer Kastration bleiben Hormonproduktion, Erektions- und Orgasmusfähigkeit erhalten. Die nach der Durchtrennung der Samenleiter weiterhin produzierten Spermien werden in den Nebenhoden resorbiert.


Schaut man auf die Verbreitung dieses Eingriffs in der Welt, so finden sich recht unterschiedliche Prävalenzen. Die Liste der Länder mit der höchsten Verbreitung der Vasektomie wird von Neuseeland und England angeführt, während die Vasektomie in afrikanischen Ländern kaum Anklang gefunden hat [1]. Eine Umfrage in Neuseeland in den späten 90er Jahren ergab, daß 57% der Männer im Alter von 40 bis 49 Jahren eine Vasektomie erhalten haben. Allein in den USA werden jährlich 500.000 Vasektomien durchgeführt, und weltweit gibt es über 100 Millionen Männer, die sich einer Vasektomie unterzogen haben [2]. Angesichts dieser Größenordnungen ist es schon gerechtfertigt, einige Überlegungen zu diesem Phänomen anzustellen

und einen genaueren Blick in diese meist nur oberflächlich betrachtete Nische der medizinischen Welt zu werfen.

### Überlegungen zur Einwilligung

Der Entschluß zu einer Vasektomie erfordert große Sorgfalt, da der Vorgang in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. Üblicherweise wird in diesem Zusammenhang gefordert, daß bei dem entsprechenden Mann zumindest die Familienplanung abgeschlossen und eine „stabile Beziehung“ gegeben sein soll. Zu oft wird aber nicht berücksichtigt, daß sich die Familienverhältnisse (Scheidung, Todesfälle) und auch die Gesinnung bezüglich der weiteren Familienplanung ändern können, und daß es schließlich die Methoden der natürlichen Empfängnisregelung (NER) gibt. In einer Schweizer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2006 ist zu lesen [2]: In 90% der Fälle wird eine Rückoperation (Vasovasostomie) wegen einer Wiederverheiratung mit einer jungen Frau verlangt. Auch die Nebenwirkungen müssen bedacht werden – und die Tatsache, daß es sich in der Realität um einen verstümmelnden Eingriff handelt.

In Deutschland beträgt das Mindestalter für eine Vasektomie 18 Jahre, in Österreich 25 Jahre. In Anbetracht der skizzierten Probleme scheinen beide Alterslimite zu tief angesetzt.



*Das Schöne  
ist das, was man  
betrachten kann.*

SIMONE WEIL

## Kosten

Der Eingriff wird von den Krankenkassen (in Deutschland seit der Gesundheitsreform 2004) nicht bezahlt, es sei denn, eine Sterilisation wäre aus Krankheitsgründen erforderlich, z.B. wenn der Mann an einer vererbaren genetischen Erkrankung leidet. Auch Privatversicherte müssen die Sterilisationskosten selbst tragen, zumindest in Deutschland. Die Beratung zum Eingriff gehört jedoch zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Preis einer Vasektomie beträgt in Deutschland ca. 300 bis 500 €, in Österreich 450 bis 750 € – inklusive zweier Kontroll-Spermiogramme nach dem Eingriff. Eine allfällige Rückoperation, z.B. in Form einer Vasovasostomie, kostet zwischen 2500 und 3500 €, fallweise auch erheblich mehr. Auch dieser Eingriff muß privat bezahlt werden.

## Zur Geschichte der Vasektomie

Die ersten Vasektomien sind gegen Ende des 19. Jahrhunderts dokumentiert worden. Die Eingriffe standen nie unter einem guten Stern. Abgesehen davon, daß die ersten Vasektomien für unsinnige medizinische Indikationen durchgeführt wurden (z.B. um schwere Symptome einer Prostatahyperplasie zu bessern, Impotenz zu beheben oder eine Lebensverlängerung zu erreichen – die Vasektomie wurde regelrecht im Sinne eines „Jungbrunnens“ propagiert – [3]), wurde sehr rasch eine Verbindung zur Eugenik sichtbar. So schrieb der amerikanische Chirurg Ochsner 1899 eine Abhandlung über „Die chirurgische Therapie der gewöhnlich Kriminellen“ und belebte mit seinen Vorschlägen das Denken und die Pläne der damals aufkommenden Eugenik-Bewegungen in Amerika. Nach dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Jahr 1934 folgten im Nationalsozialistischen Deutschland über 350.000 Zwangssterilisationen mittels Vasektomie.

Nach dem 2. Weltkrieg gewann langsam aber sicher der Gedanke an Boden, Vasektomien müßten auch zur Geburtenregelung und zur Verhütung von Schwangerschaften eingesetzt werden. Die Idee wurde zweifellos gefördert durch die Einführung der „Anti-baby-Pille“ Anfang der 60er Jahre, welche die Frauen bei der künstlichen Empfängnisregelung einseitig zu belasten schien.

Es hat aber in diesem Zusammenhang auch frühe Stimmen gegeben, die gegen eine unkritische Ausweitung der Vasektomien aufgetreten sind. So gab es 1965 die Ulmer Denkschrift, in der 400 Ärzte bei der Regierung ein Verbot von „Gefälligkeitssterilisationen“ forderten. Auch beim Deutschen Ärztetag 1977 wurde der Ruf laut, Sterilisationen nur bei medizinischer Indikation durchzuführen, eine Gefälligkeitssterilisation *verstoße gegen ärztliches Ethos*.

Wie so oft haben sich die Stimmen des Zeitgeistes und eines ausschließlichen Rationalismus eher durchgesetzt, denn sonst könnten von „Pro Familia“ nicht folgende Zahlen im Web veröffentlicht werden:

<b>Vasektomien im internationalen Vergleich</b> (Männer im reproduktiven Alter)	
<b>USA</b>	20 %
<b>Neuseeland</b>	23 %
<b>China</b>	12 %
<b>Holland, England</b>	10 %
<b>Deutschland</b>	3 %

TABELLE 1: VASEKTOMIEN  
IM INTERNATIONALEN VERGLEICH<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Quelle: Pro Familia, Internetportal 2010



# Arten und Techniken des Eingriffs

## 1. Ligaturtechnik (konventionelle Vasoresektion)

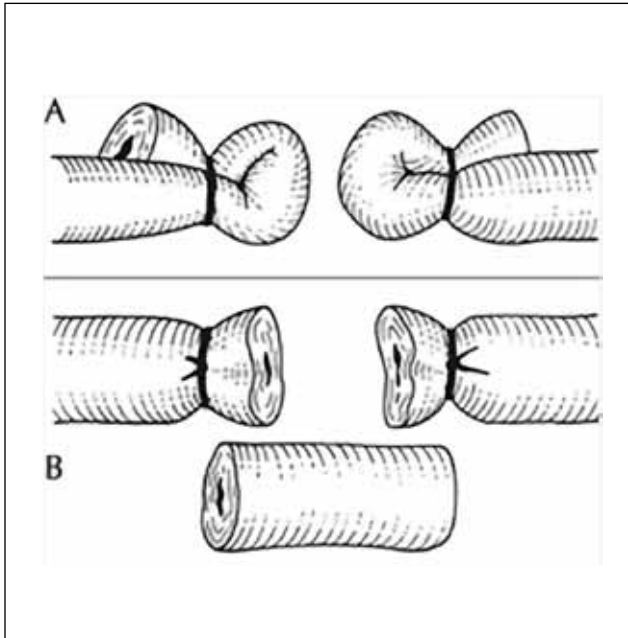


ABBILDUNG 1: LIGATURTECHNIK, KLASSISCHE METHODE

Die Operation wird meist in örtlicher Betäubung durchgeführt. Mit 2 kleinen, 1 bis 1,5 cm langen Schnitten am Skrotum werden die Samenleiter auf beiden Seiten freigelegt und durchtrennt. Anschließend werden die Enden der Samenleiter verschlossen (A+B). Der Samentransport ist damit unterbrochen. Häufig wird noch auf beiden Seiten ein 2-3 cm langes Teilstück entfernt. Die Enden der unterbundenen Samenstränge werden noch zusätzlich u-förmig umgeschlagen, um eine weitere Sicherheit gegenüber der spontanen Rekanalisation zu haben (A). Bei späteren Refertilisierungsoperationen findet man diese umgeschlagenen Endstücke in der Regel nicht mehr, sie sind bindegewebig umgewandelt worden (s. *Abbildung 1*).

Die Ligaturtechnik ist in Deutschland am meisten verbreitet. Werden bei dieser Technik weniger als 1,5 cm vom Samenstrang reseziert – was dem Durchmesser eines großen Spermagranuloms entspricht – steigt die Rekanalisierungsrate signifikant an [4].

## 2. Fulgurationstechnik (minimal-invasive Vasektomie) [nach 4] *Fulguration = elektrische Gewebeverschorfung*

Diese zunächst in den USA bekannt gewordene Methode (Schmidt 1968) dürfte die derzeit weltweit am häufigsten angewandte Technik sein. Das Prinzip besteht in einer durch thermische Schädigung ausgelösten Vernarbung der Samenleiter. Der Samenleiter wird mit einer Spezialklemme gefasst und vom umgebenden Bindegewebe vorsichtig isoliert. Dann erfolgt ein querer Einschnitt des Samenleiters (A) mit anschließender Fulguration des Lumens auf einer Strecke von etwa 1,2 cm nach abdominal und 0,8 cm nach testikulär (B). Dabei ist darauf zu achten, daß nur die Schleimhaut des Samenleiters fulguriert und nicht der gesamte Samenleiter thermisch geschädigt wird. Anschließend werden das testikuläre und von manchen Autoren auch noch das abdominale Samenleiterende mit einem schwer resorbierbaren Faden unterbunden (C). Zusätzlich werden 1 cm Samenleiter reseziert. Der Vorteil dieser Technik liegt in einer hohen Sicherheit bei relativ niedriger Komplikationsrate (s. *Abbildung 2*).

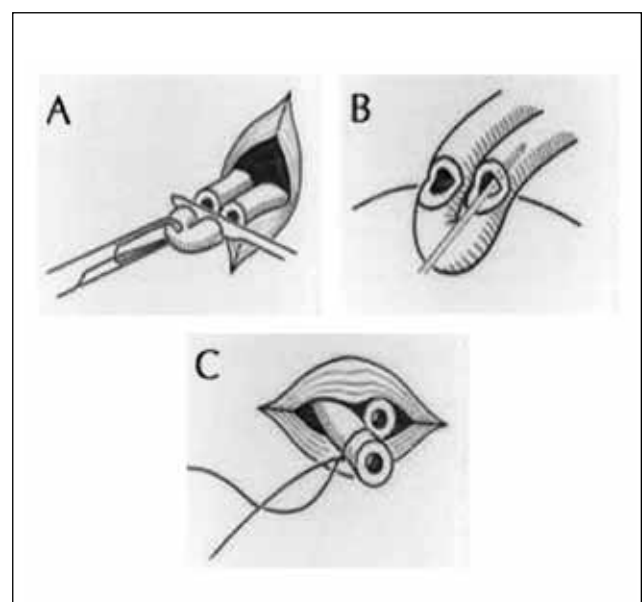


ABBILDUNG 2: FULGURATIONSTECHNIK

### 3. Vasektomie ohne Skalpell (No-scalpel vasectomy)

Die bekannteste minimal-invasive Vasektomie-Technik ist die in China 1974 entwickelte sogenannte „no-scalpel-vasectomy“ (Li 1988). Vorteile sind geringere Raten an Nebenwirkungen und kurze Operationszeiten von 5-20 Minuten (s. *Abbildung 3*).

Dabei wird mit einer spitzen Klemme die Haut über dem Samenleiter durchbohrt und gespreizt, anschließend die Samenleiterhülle eröffnet und der Samenleiter durch eine trickreiche Drehung der Klemme freigelegt. Dann wird der Samenleiter mit einer speziellen Halteklemme gefaßt, durchtrennt, eventuell teilreseziert und die Samenleitenden in der schon beschriebenen Weise unterbunden oder durch Fulguration versorgt.

Dauer des Eingriffs: ca. 20 Min. Danach wird eine Schonung für 1-2 Tage empfohlen. Der Nachteil dieser Methode besteht darin, daß selbst in Vasektomie erfahrene Ärzte ein intensives Training benötigen, um die Methode zu beherrschen (Li 1991). Hauptnebenwirkungen sind skrotale Hämatome und vasokutane Fisteln.

Inzwischen wurden -zig Millionen No-scalpel Vasektomien in zahlreichen Ländern durchgeführt. Erst bei entsprechender Routine (> 30 Vasektomien) soll die erstrebte niedrige Komplikationsrate von 0.4% erreichbar sein.

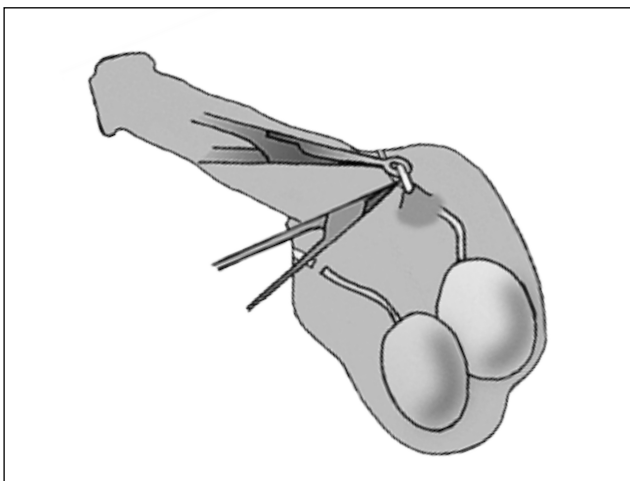


ABBILDUNG 3: VASEKTOMIE OHNE SKALPELL

### 4. Techniken, die keine Verbreitung gefunden haben

Eine Operationsmethode bestand im völligen Offenlassen des testikulären Samenleitendes, was zur Bildung von Spermagranulomen bei 97% der Patienten führte. Die Versagerquote lag bei 4% (Shapiro 1979, zit. bei [4]).

Einige Operateure verschließen die Samenleitenden mittels Hämoclips (Clips, die zum Verschluss von Gefäßen verwendet werden). Bei zu starker Okklusion droht hier eine Nekrose und damit die spontane Rekanalisation. Versagerquote bis 9%.

Intravasale Okklusion mittels Injektion von Gewebeklebern (Acrylaten): Die Technik wurde besonders in Entwicklungsländern erprobt. Die Food and Drug Administration (FDA, medizinische Zulassungsbehörde der USA) hat jedoch aus Sicherheitsgründen die Anwendung von Acrylklebern nicht zugelassen.

#### Ab wann besteht Unfruchtbarkeit?

Das Ejakulat eines sterilisierten Mannes enthält in der Regel nach 3-4 Monaten keine Spermien mehr, ist ansonsten aber weitgehend unverändert.

Nach der Vasektomie können noch mehrere Monate lang befruchtungsfähige Spermien in der Samenflüssigkeit vorhanden sein. Deshalb ist in dieser Zeit noch eine zusätzliche Verhütung erforderlich. Erst wenn bei 2 Kontrolluntersuchungen des zentrifugierten Ejakulats nach 12 und 16 Wochen keine Spermien mehr nachgewiesen werden können, kann von einer Unfruchtbarkeit ausgegangen werden. In seltenen Fällen kann dies bis zu 9 Monate dauern. Dennoch kann es in knapp unter 1% der Fälle zu einer Schwangerschaft der Ehefrau oder Partnerin kommen.

## Nebenwirkungen und Komplikationen

### Autoantikörper gegen Sperma

Eine Vasektomie führt bei untersuchten Säugetieren zu deutlichen pathologischen Veränderungen der Hoden. Tung *et al.* verglichen immunpathologische Befunde in Hoden und Nieren von 25 'langzeitvasektomierten' Affen mit 13 Kontrolltieren. Sperma-Antikörper fanden sich im Serum von 60% der vasektomierten Affen, aber bei keinem der Kontrolltiere. Orchitis, Aspermatogenese oder beides wurde bei 92% der vasektomierten Tiere und bei 23% der Kontrollen festgestellt. Epididymitis und Spermagranulome kamen ausschließlich bei vasektomierten Tieren vor (52%) [5]. Diese Untersuchungen sind schon vor 30 Jahren gemacht worden.

Der Mensch soll davon ausgenommen sein? Derselbe Autor hat an 114 Patienten die verschiedenen Typen von Antisperma-Antikörpern studiert, und zwar vor einer Vasektomie (n=114), nach 2 Monaten (n=112) und 6-9 Monate später (n=71). Die Inzidenz an Spermaantikörpern stieg zeitweise bis 90%, wobei interessante Unterschiede je nach Zielstruktur der Antikörper beschrieben wurden [6]. Zu diesem Thema existiert eine umfangreiche Literatur, auf die hier leider nicht weiter eingegangen werden kann.

### Akute und subakute Nebenwirkungen beim Menschen

Die Angaben über unerwünschte Nebenwirkungen schwanken erheblich, was einerseits auf die angewandte Operationstechnik und die Erfahrung des jeweiligen Operateurs zurückzuführen ist. Mit zunehmender Erfahrung eines Chirurgen sinkt die Rate von Komplikationen eindeutig. Auf der anderen Seite müssen bei einigen Berichten sicher auch Eigenheiten der Methodik (oberflächliche, retrospektive vs. sorgfältige, prospektive

Untersuchungen) und ideologische Momente eine Rolle gespielt haben, um beispielsweise die Streubreite der Granulominzidenz von 0.07 - 90% zu erklären, die in einer neueren Übersicht (2011) angegeben war [14].

<i>Aus einer Literaturübersicht der Deutschen Gesellschaft für Urologie [4]</i>	
<b>Hämatome</b>	bis zu 18%
<b>Epididymitis</b>	bis zu 6%
<b>skrotale Abszesse</b>	bis zu 5,5%
<b>Spermagranulome</b>	5 -15%

TABELLE 2: AKUTE UND SUBAKUTE NEBENWIRKUNGEN BEIM MENSCHEN

Abszesse bilden sich vornehmlich im Bereich der Ligatur und Verwachsungen zwischen dem Samenleiter und der Haut (ca. 3%). Diese von der Deutschen Gesellschaft für Urologie herausgegebenen Zahlen scheinen relativ hoch und beziehen sich in erster Linie auf die etablierten älteren Verfahren [4]. Mit der Non-Skalpell Vasektomie (NSV), die 1974 in China entwickelt und 1988 von Li publiziert wurde, sind die angegebenen Komplikationsraten seltener (Hämatome 0.3 – 9.5%, Infektionen 0.2-7%).

### Seltene, aber bedrohliche Nebenwirkungen

Im großen und ganzen ist die Vasektomie eine relativ ungefährliche invasive Methode, doch eben nur relativ. Es ist wie bei den oralen Kontrazeptiva: die Nebenwirkungen sind zwar auf dem Papier selten, aber mit der größeren Zahl der Anwendungen

steigt die absolute Zahl von betroffenen Menschen. In Holland haben sich z.B. im Jahre 2004 35.000 Männer einer Vasektomie unterzogen. Und in Einzelfällen sind durchaus auch lebensbedrohliche oder tödliche Komplikationen nach dem Eingriff möglich: So wurden in der Literatur große **Lungenembolien** [7], schwere infektiöse **Hautnekrosen** (Fournier-Gangrän) [8,9,10], oder mehrere Fälle von **Endokarditis** mit Herzklappenverlust beschrieben [11,12]. Eine weitere ernste Komplikation wurde erst kürzlich wieder in Erinnerung gerufen, nämlich die Möglichkeit einer **ischämischen Hodennekrose** [13].

Unter den akuten/subakuten Nebenwirkungen sind besonders gewisse Infektionen zu erwähnen. Den Arzt erstaunt dabei das wiederholte Auftreten von Raritäten, z.B. das einer Fournier-Gangrän, die auch heute noch eine Letalität von 15-22% hat. Auch bei der Endokarditis wurde mehrfach ein eher seltener Erreger beschrieben, nämlich der „*Staphylococcus lugdunensis*“, ein physiologischer Hautbewohner vornehmlich des Perinealbereichs. Treten diese Infektionen schon in Ländern mit hohem Hygienestandard auf [11], so läßt sich erahnen, daß die Vasektomie in anderen Ländern ein Verfahren bedeutet, das unweigerlich auch mit einer gewissen Rate an tödlichen Komplikationen verbunden ist. Diese Rate scheint nicht unerheblich zu sein [14].

### Langzeitprobleme

Eine der subjektiv unangenehmsten Nebenwirkungen nach einer Vasektomie ist die Entwicklung chronischer, zum Teil erheblicher **Schmerzen** im Genitalbereich. Diese Nebenwirkung betrifft immerhin 5-35% der Männer [14,15,16] und wird „*Post-Vasektomie-Schmerzsyndrom*“ genannt. Nach Manikandan *et al.* muß jeder 7. Mann nach einer Vasektomie mit diesem Problem rechnen [17]. Dieses Symptom kann die Lebensqualität der betroffenen Männer erheblich herabsetzen. Oft ist den Schmerzen nur beizukommen, wenn der Eingriff

rückgängig und die Samenleiter wieder durchgängig gemacht werden, und selbst dann wurde eine Schmerzfreiheit in einer Analyse von Myers *et al.* an 32 Patienten nur in 84% der Fälle erreicht [18].

In einem großen Teil der Europäischen Fachliteratur, in den Informationen internationaler Familienplanungsorganisationen und auch von der Deutschen Gesellschaft für Urologie wird das „*Post-Vasektomie-Schmerzsyndrom*“ selten oder gar nicht erwähnt. Ein Blick in die Internetforen von Selbsthilfegruppen [19] belehrt jedoch darüber, daß die Wirklichkeit anders aussieht. Anlaß für Klagen scheint oft eine fehlende ärztliche Hilfe beim Auftreten von chronischen Schmerzen zu sein. Ein Patient schreibt dazu: „Für mich ist es ein Rätsel, wie ein ganzer Berufsstand seine Augen vor den möglichen Vasektomiekomplikationen, die vielfach in Fachpublikationen und im Internet dokumentiert sind, derart verschließen kann...“

**Jeder 10. Mann bereut den Schritt** der Vasektomie [15]. Wenn man den Eingriff dann wieder rückgängig machen will, zeigt sich, daß die Fertilitätsrate erniedrigt ist und Schwangerschaften nur noch in 40-70% eintreten. Dies liegt z.T. an immunologischen Reaktionen, denn über die Hälfte der Vasektomierten bildet nach dem Eingriff Antikörper gegen die eigenen Spermien. Je weniger Jahre zwischen einer Vasektomie und dem Eingriff der Refertilisierung verstrichen sind, desto größer ist die Erfolgchance für eine spätere Schwangerschaft. Nicht unerheblich sind dabei auch die Komplikationsraten dieses Zweiteingriffs: insgesamt 7.7%, mit 1.5% schweren Komplikationen [20]. Da die Krankenkassen den Eingriff in der Regel nicht bezahlen, fallen für den Einzelnen diesmal relativ hohe Kosten an.

Ein vor Jahren behauptetes, erhöhtes **Risiko für die Entstehung von Tumoren** konnte zumindest für Hodentumoren nicht bestätigt werden. Kontrovers ist die Datenlage hinsichtlich eines erhöhten Risikos für Prostatakarzinome. Neuere, umfangreiche Metaanalysen zu dieser Frage konnten zwar keinen Kausalzusammenhang zwischen

Vasektomie und dem Auftreten von Prostatakarzinomen belegen, doch ist bei bestimmten Personen-Untergruppen eine indirekte Risikoerhöhung, z.B. durch eine Änderung des Sexualverhaltens nach dem Eingriff, durchaus denkbar.

Als Langzeiteffekt kann auch eine dauerhafte **Herabsetzung der Libido** eintreten, doch wurde die alarmierendste mögliche Komplikation erst in den letzten Jahren beschrieben, nämlich die Gefahr einer **Demenzentwicklung** [21,22]. Die Veränderungen treten oft als primäre progrediente Aphasie (PPA), eine Form der Alzheimer'schen Krankheit auf und beruhen möglicherweise auf einer Autoimmunreaktion. Interessanterweise gibt es ein gemeinsames Antigen auf der Oberfläche der Spermien des Mannes und an den Myelinscheiden der Stirnhirnregion: das *Tau-Protein*. Kommt es nun im Zuge der Vasektomie zu einer Exposition der Spermien mit Blutzellen, so kann es zur Antikörperbildung gegen das Tau-Protein kommen. Hier sind sicher noch manche Fragen offen. Spermien-Antikörper können nach einer Vasektomie in etwa 60% der Fälle nachgewiesen werden, doch ist natürlich nur ein kleiner Teil der Männer von einer Demenz bedroht. In einer Arbeit von Weintraub und Mitarbeitern [22] wurden unter 47 Patienten mit einer PPA in 40% der Fälle eine Vasektomie in der Krankengeschichte gefunden – im Gegensatz zu 16% bei 57 Kontrollpatienten ohne

Gedächtnisstörungen ( $p=0.02$ ). Es handelte sich um eine „Case-Control“-Studie mit altersstandardisierter Angabe der Vasektomierate [22]. Die Sprachstörung trat bei den Vasektomierten im Vergleich zu den Kontrollpatienten in einem jüngeren Alter auf (58.8 vs. 62.9 J;  $p=0.03$ ). Abbildung 4 zeigt das makroskopische Substrat einer solchen Stirnhirnveränderung. Weitere Untersuchungen zu diesem Problem wären dringend notwendig.

### Ethische Gesichtspunkte

Trotz der Beschreibung der Vasektomie als vordergründig harmlose und sichere Methode muß der Eingriff aus verschiedenen Gründen, nicht nur wegen der Nebenwirkungen, hinterfragt werden. Bei der Vasektomie handelt es sich um eine nachhaltige und radikale Trennung von Fortpflanzung und Sexualität, die den Plänen des Schöpfers nicht entsprechen dürfte [Symbolbild: s. Abbildung der Ligaturtechnik]. Ja, es handelt sich in Wirklichkeit um einen verstümmelnden Eingriff, der sicherlich auch Fragen der Würde des Menschen berührt. Die ethische Problematik wurde schon vor dem Erscheinen der Enzyklika „*Humanae Vitae*“ 1968 klar erkannt und umfassend von Autoren wie Hermann Schneider und Siegfried Ernst diskutiert [23], deren Beiträge absolut lesenswert sind.

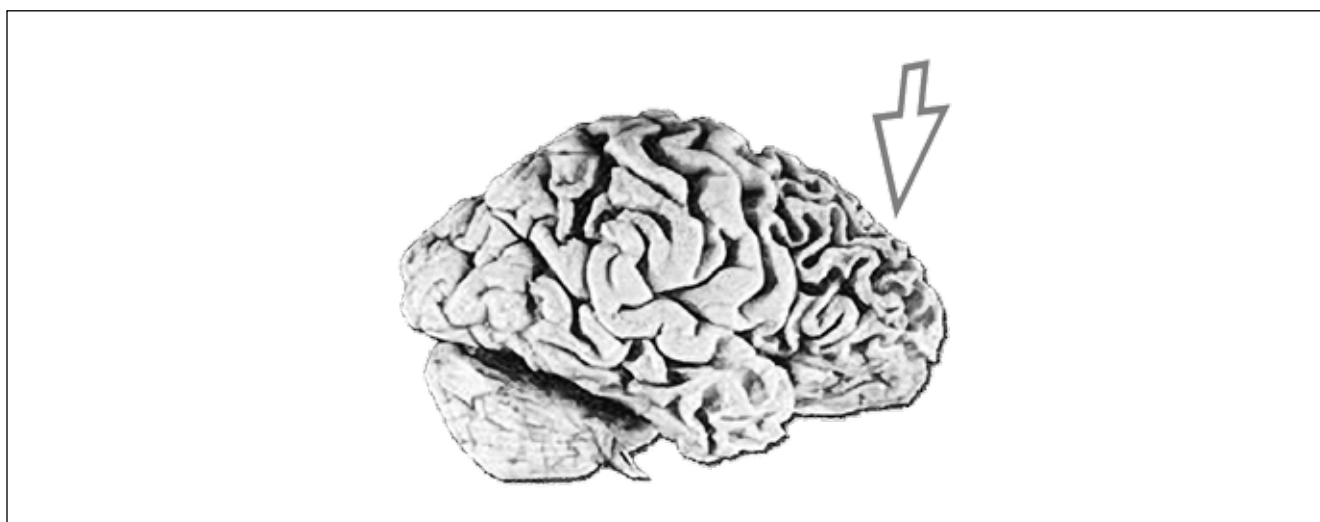


ABBILDUNG 4: ATROPHIE DER STIRNHIRNREGION BEI FRONTOTEMPORALER DEMENZ

## Fazit

Die Vasektomie gilt als sichere (Pearl-Index 0.1-0.8) und komplikationsarme Methode der Sterilisation des Mannes. Weltweit haben sich ungeheuer viele Männer diesem Eingriff unterzogen, wobei interessante Länderdifferenzen zu beobachten sind.

Operativ werden hauptsächlich drei Methoden angewandt. Die Kosten des Eingriffs und auch einer eventuell später angestrebten Re-Operation zur Wiedereröffnung der Samenleiter werden in Österreich und Deutschland von den Krankenkassen nicht übernommen.

Die Methode hat ohne Zweifel einen günstigen Pearl-Index. Bei näherer Betrachtung der medizinischen Fachliteratur muß jedoch die Klassifizierung des Eingriffs als komplikationsarme Methode in Frage gestellt werden. Sehr zu denken geben müssen die jüngst beschriebene Möglichkeit einer Demenzentwicklung, die Gefahr schwerer Infektionen aber auch andere, bei der Patientenaufklärung oft nicht genügend erwähnte Langzeitnebenwirkungen einer Vasektomie.

Im Hinblick auf die Tatsache, daß es – neben den häufig verwendeten Kontrazeptiva – verlässliche, natürliche Methoden der Familienplanung wie beispielsweise die symptothermale Methode gibt (Pearl-Index 0.6) [24], und angesichts der breiten Palette von Nebenwirkungen, welche durchaus die Lebensqualität der betroffenen Männer beeinträchtigen kann, darf schon vom medizinischen Standpunkt aus die Vasektomie als Mittel der Familienplanung beeinträchtigt, und ja, geradezu als kontraindiziert eingestuft werden. Zusätzlich sei in diesem Zusammenhang auf die ethische Problematik einer Vasektomie verwiesen, die in [23] umfassend abgehandelt wurde.

Wenn es in einem Bericht der Vereinten Nationen (UN) vom Jahre 2007 heißt, die Vasektomie sei „a highly underutilized method of family planning“ [1], dann darf die Frage erlaubt sein, welches beängstigende Szenario – nicht nur in demografischer Hinsicht – der UN in Zukunft vorschwebt. ■

*Die Ordnung der Welt ist die Schönheit der Welt.*

SIMONE WEIL



## Literatur

- [1.] World Contraceptive Use – 2007. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007. [www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007.htm](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007.htm)
- [2.] Schweiz Med Forum 6: 1124-1127, 2006.
- [3.] Engelmann U, Gralla O. Vasektomie. Kap. 28. In: Nieschlag E, Behre HM, Nieschlag S (Hsg). Andrologie (3. Aufl.), Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009
- [4.] Arbeitskreis für Andrologie der Deutschen Gesellschaft für Urologie: [www.med.uni-giessen.de/aka/andro](http://www.med.uni-giessen.de/aka/andro)
- [5.] Tung KS and Alexander NJ. Monocytic orchitis and aspermatogenesis in normal and vasectomized rhesus macaques (Macaca mulatta). Am J Pathol 101:17-30, 1980.
- [6.] Tung KS. Human sperm antigens and antisperm antibodies I. Studies on vasectomy patients. Clin Exp Immunol 20 (1): 93-104, 1975.
- [7.] Teachey DT. Saddle pulmonary embolism as a complication of vasectomy. Urology 71(2): 351; 2008
- [8.] de Diego Rodriguez E, et al. Arch Esp Urol 53 : 275-8, 2000.
- [9.] Lema VM. Fournier's gangrene complicating vasectomy. East Afr Med J 80 (9): 492-496, 2003.
- [10.] Viddeleer AC, et al. Lethal Fournier's gangrene following vasectomy. J Urol 147: 1613-14, 1992.
- [11.] Fervenza FC, Contreras GE, Garratt KN, et al. Staphylococcus lugdunensis endocarditis, a complication of vasectomy? Mayo Clin Proc 74 (12):1227-30, 1999.
- [12.] Cevasco M, Haime M. Aortic valve endocarditis from Staphylococcus lugdunensis. J Card Surg 27(3): 299-300; 2012.
- [13.] Awsare NS, Krishnan J, Boustead GB, et al. Complications of vasectomy. Ann R Coll Surg Engl. 87(6): 406-410; 2005.
- [14.] Rolfes N, Lümmer G. Ischemic testicular necrosis following vasectomy: rare and typical complications of an outpatient procedure. Urologe A. 50(10): 1306-10; 2011.
- [15.] Ehmann R. Vortrag an der Jahresversammlung des Instituts für Natürliche Empfängnisregelung (INER), Rudolstadt, Deutschland, April 2009. [www.iner.org](http://www.iner.org)
- [16.] Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, et al. Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. Eur Urol, 47(6): 812-6, 2005.
- [17.] Manikandan R, Srirangam SJ, Pearson E, Collins GN. Early and late morbidity after vasectomy: a comparison of chronic scrotal pain at 1 and 10 years. BJU Int 93(4): 571-4, 2004.
- [18.] Myers SA, Mershon CE, Fuchs EF. Vasectomy reversal for treatment of the postvasectomy pain syndrome. J Urol 157(2): 518-520, 1997.
- [19.] [www.patienten-selbsthilfegruppen.de/forum/index](http://www.patienten-selbsthilfegruppen.de/forum/index)
- [20.] Kabalin JN, Kessler R. Macroscopic vasovasostomy re-examined. Urology 38 (2): 135-8, 1991.
- [21.] Decker DA, Heilmann KM. Steroid treatment of primary progressive aphasia. Arch Neurol, 65(11): 1533-5, 2008.
- [22.] Weintraub S, Fahey C, Johnson N, et al. Vasectomy in men with primary progressive aphasia. Cogn Behav Neurol 19 (4): 190-3, 2006.
- [23.] Süßmuth R (Hrsg). Empfängnisverhütung. Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge. Hänssler Verlag 2000; p 1201-1234.
- [24.] Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based (FAB) method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. Human Reprod. 22(5): 1310-1319, 2007 (doi 10.1093/humrep/dem003)

*Direkte Korrespondenz*

**Adresse:** Dr. W. Rhomberg,  
Unterfeldstrasse 32 , A-6700 Bludenz

**Telefon:** +43 664 39 43 043

**E-Mail:** [walter.rhomberg@gmx.at](mailto:walter.rhomberg@gmx.at)



# Männer

»Eine Generation von Männern wurde in Schulen, durchs Fernsehen und auf Spielplätzen dahingehend erzogen, passiv zu sein, denn die einzige Alternative dazu sei - so wurde ihnen eingeredet - , aggressiv zu sein, das aber sei nicht zu tolerieren.

Tatsächlich sollte man ihnen sagen: Seid männlich, maskulin, oder wie immer man es nennen will. Man sollte ihnen sagen, daß sie Männer sind: weder passiv, noch aggressiv, weder abgestumpft, noch übertrieben gefühlsbetont; vielmehr geduldig, entschieden, langmütig und

aufopfernd; Männer, die - wie bei einem Schatz, der keinen Preis hat - danach streben, die Tugenden zu erwerben, wie sie etwa in den Seligpreisungen aufgelistet sind (Mt 5), die Tugenden Christi, der das Vorbild jeglicher männlichen Identität ist.«

*aus:* Christian Brugger,  
The Importance of Men Being Men,  
19. Juni 2013

*Siehe:* <http://culture-of-life.org/e-brief/importance-men-being-men>



### Heiliger Stuhl vor der UNO: 'Pille danach' ist »direkter Anschlag« auf die Ungeborenen

The so-called Morning After Pill, often called “emergency contraception” by the medical establishment, is not a “life-saving commodity,” the head of the Holy See delegation told the 66th World Health Assembly in Geneva this week. Such drugs are in reality “a direct attack” on the life of the unborn child.

In his address, Archbishop Zygmunt Zimowski responded to the World Health Organization’s *Resolution EB132.R4*, which urges member states to improve the quality, supply, and use of 13 “life-saving commodities.”

Apb. Zimowski said the Holy See “strongly agrees with the need to achieve further reductions in the loss of life and prevention of illness through increased access to inexpensive interventions” but insisted that they must all be “respectful of the life and dignity of all mothers and children at all stages of life, from conception to natural death.”

While some of the WHO’s recommendations, he said, “are truly life-saving, that of ‘emergency contraception’ can hardly be labeled as such since it is well known that, when conception already has occurred, certain substances used in ‘emergency contraception’ produce an abortifacient effect.”

“For my delegation, it is totally unacceptable to refer to a medical product that constitutes a direct attack on the life of the child *in utero* as a ‘life-saving commodity’ and, much worse, to encourage

‘increasing use of such substances in all parts of the world,’” he said.

Patrick Buckley, the international affairs officer of the Society for the Protection of Unborn Children, commented that the intervention was well placed.

The World Health Assembly is the annual general meeting of the World Health Organization and is discussing universal health coverage, women and children’s health, and monitoring the achievements of the Millennium Development Goals, all of which have relevance to the issue of abortion and artificial contraception.

Earlier this year, abortion advocates used the three-day Global Maternal Health Conference in Tanzania to promote the idea of universal coverage for abortion as part of the MDGs.

Buckley said, “It is good to hear the Holy See speaking out boldly on this fundamental issue. Women are entitled to the truth - and the Catholic Church is serving the best interests of women, children and families worldwide, when it proclaims the truth fearlessly on abortion and abortifacient products in world assemblies.” (...) ■

#### Quelle

LifeSiteNews.com vom 24. Mai 2013.

Verfasser: Hilary White



## Verhütung und Abtreibung

**Kurienkardinal: Verhütung ist  
»in fundamentaler Weise  
ein Akt gegen das Leben«**

In einem Interview mit dem katholischen Nachrichtendienst der amerikanischen Bischöfe CNS (Catholic News Service) sprach Kardinal Raymond Burke, Präfekt der Apostolischen Signatur, des höchsten kirchlichen Gerichts, über die Verbindung zwischen Kontrazeption und Abtreibungskultur.

"Am Beginn der Anti-Lebens-Bewegung steht die Verhütung", so Kardinal Burke. "Ohne jeden Zweifel begünstigt sie eine Abtreibungsmentalität. Verhütung entwertet die Natur der sexuellen Vereinigung und verletzt sie in äußerst signifikanter Weise, indem sie den prokreativen Aspekt ausklammert, welcher unabdingbar zur Vereinigung von Mann und Frau, der sexuellen Vereinigung, der ehelichen Vereinigung, dazugehört."

In dem Video-Interview, gefilmt von Robert Duncan von CNS, ergänzte Burke: "Durch diese Ausklammerung ist sie in fundamentaler Weise ein Akt gegen das Leben." Und der Kardinal erklärte ferner:

Der springende Punkt ist, daß der Akt selbst weiterhin seine Güte bewahrt, da er ein Akt der Vereinigung ist. Nicht der Akt selbst wird zerrissen und verletzt. Sie sind sexuell vereint, jedoch ohne sich zur Gänze hinzugeben und dem anderen vollkommen zu schenken, worin die wahre Bedeutung der sexuellen Vereinigung besteht. Beide oder auch

nur einer von ihnen eliminieren die naturgegebene Anlage zur Fruchtbarkeit des Aktes.

Und Burke fuhr fort: "In Wahrheit geht es darum, daß viele Formen der Verhütung tatsächlich abtreibend wirken, sie zerstören menschliches Leben in dessen frühestem Stadium, da sollte man die Dinge schon beim Namen nennen." ■



### Quelle

LifeSiteNews.com vom 12. Juni 2013.


Verfasser: John-Henry Westen

### Link zum Kurz-Video mit Kardinal Burke

<http://www.lifesitenews.com/news/vatican-cardinal-contraception-is-fundamentally-an-anti-life-act>

### Youtube

<http://youtu.be/36QSdbGFD8E>



*In allem, was das reine und  
echte Gefühl des Schönen in uns  
weckt, ist Gott wirklich gegenwärtig.  
Es gibt gleichsam eine Art  
Inkarnation Gottes in der Welt,  
deren Merkmal die Schönheit ist.*

SIMONE WEIL



# Forschung

## Pränataldiagnostik: Die neuen ethisch problematischen Bluttests

VON DR. RUDOLF EHMANN

**H**LI-Schweiz hat bereits über den PraenaTest® der Firma Lifecodexx, der seit August 2012 in der Schweiz angeboten wird, berichtet. In der Zwischenzeit wurde dieser Bluttest erweitert.

### Worum handelt es sich beim PraenaTest®?

Der PraenaTest® ist ein nicht-invasiver molekulargenetischer pränataler Test, der aus dem mütterlichen Blut die fetalen Trisomien 13, 18<sup>1</sup> und 21<sup>2</sup> (Down-Syndrom) mit hoher Sicherheit feststellen kann. Im Blutplasma der schwangeren Frau stammen ca. 13% der freien DNA-Fragmente vom ungeborenen Kind. Diese können im Labor getrennt und multipliziert werden. Molekularbiologisch kann dann der fetale Chromosomensatz analysiert werden.

Die Genauigkeit beträgt nach Angaben der Firma über 99%, die falsch positiven Resultate liegen bei 0.3%. In 5% der Fälle kann überhaupt kein Resultat geliefert werden. Was dann? Entweder wird der Test mit der A-Probe wiederholt oder es erfolgt eine weitere Blutentnahme mit der Analyse, wobei weitere 14 Tage zugewartet werden müsste. Nicht geeignet ist der PraenaTest® bei Mehrlingsschwangerschaften.<sup>3</sup>


Der Genesupport PrenDia Test<sup>4</sup>, kann heute bereits mehr genetische Anomalien feststellen als der PraenaTest®. Er kann neben den Trisomien **21, 18 und 13 zusätzlich seltene autosomale und X-chromosomale Anomalien sowie bestimmte strukturelle Chromosomen-Anomalien bestimmen. Generell wird im Falle einer diagnostizierten Anomalie der Frau eine invasive pränatale Diagnostik nahe gelegt.**

1 Palomaki G.E., Deciu C., Kloza E.M., Lambert-Messerlian G.M., Haddow J.E., Neveux L.M., Ehrich M., van den Boom D., Bombard A.T., Grody W.W., Nelson S.F., Canick J.A., DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study. *Genet Med* 14 (2012) 296-305.

2 Sparks AB, Struble CA, Wang ET, Song K, Oliphant A., Noninvasive prenatal detection and selective analysis of cell-free DNA obtained from maternal blood: evaluation for trisomy 21 and trisomy 18. *Am J Obstet Gynecol* 206 (2012) 319.e1-9.

3 Canick JA, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE, Ehrich M, van den Boom D, Bombard AT, Deciu C, Palomaki GE., DNA sequencing of maternal plasma to identify Down syndrome and other trisomies in multiple gestations. *Prenat Diagn* 32 (2012) 730-734.

4 Bernard Conrad, Möglichkeiten und Grenzen der Gen- und Genomdiagnostik, in: ASA/SVV MEDINFO 2012/2 ELHUA/Genetik. Genesupport bringt Innovation der Pränataldiagnostik auf den Markt, in: medisupport news, Februar 2013. Weitere Informationen siehe [www.genesupport.ch](http://www.genesupport.ch)

A photograph of a young child with light hair, wearing a dark blue t-shirt, sitting in a lush green field filled with numerous yellow dandelions. The child is looking towards the camera with a slight smile. The field extends to the horizon, creating a sense of depth and natural beauty.

*Das Schöne ist etwas, bei dem die Aufmerksamkeit verweilen kann.*

SIMONE WEIL

## Trend hin zur Ausweitung der Bluttests

Die Firma Lifecodexx weist auf künftig diagnostizierbare genetische Erkrankungen mit dem Bluttest hin. Bei einer öffentlichen Anhörung des Deutschen Ethikrates erwähnte Dr. Wera Hofmann von Lifecodexx namentlich Chorea Huntington, Cystische Fibrose, bekannte geschlechtsgebundene Erbkrankheiten wie Muskeldystrophie und Chromosomenstörungen als künftiges klinisches Anwendungsgebiet. Damit verbunden ist das Problem der Entscheidung, wie weit dann das „unwerte“ Leben gefaßt werden soll. Soll dann beispielsweise ein Embryo, der die Anlage einer Chorea Huntington in sich trägt, die in der Regel erst im Alter von ca. 35 bis 50 Jahren manifest wird, bereits getötet werden?

## Für wen eignet sich der PraenaTest®?

Zunächst wurde kundgetan, dass der Test ausschließlich Frauen zugänglich sei, die sich in der 12. Schwangerschaftswoche (11 0/7 – 14 SSW) oder darüber befänden und ein erhöhtes Risiko für eine Trisomie 21<sup>5</sup> aufwiesen (z.B. Frauen über 35 Jahre) oder aufgrund des Ultraschall-Befundes oder anderweitiger Blutuntersuchungen Verdacht auf eine Trisomie 21 besteht.<sup>6</sup>

5 „Auf fast 700 Geburten kommt nach Angaben des Arbeitskreises Down-Syndrom etwa ein Kind mit Trisomie 21.“ SPIEGEL ONLINE, Montag 20.08.2012 | 13:28 Uhr. <http://www.down-syndrom.ch/fruchtwasseruntersuchung>

„Rund 5% aller schwangeren Frauen weisen für diese Diagnose ein erhöhtes Risiko auf.“ SGMG, SSGM Infoblatt f. Ärzte

6 „PraenaTest® ist ausschließlich für schwangere Frauen, die sich in der 12. Schwangerschaftswoche oder darüber befinden und welche ein erhöhtes Risiko für chromosomale Veränderungen beim ungeborenen Kind tragen. Darüber hinaus müssen sich betroffene Frauen in Deutschland gemäß dem Gendiagnostikgesetz sowie den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission durch einen qualifizierten Arzt humangenetisch und ergebnisoffen beraten und aufklären lassen.“

PraenaTest® jetzt in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und in der Schweiz verfügbar  
20 | 08 | 12. LifeCodexx, Presse

Der Einsatz des Tests müsse eindeutig auf Risikoschwangerschaften beschränkt bleiben.<sup>7</sup>

Gemäß der Fortbildung vom 24. Januar 2013 in der Universitätsfrauenklinik Zürich soll der Test nun ausnahmslos allen Schwangeren zugänglich sein.<sup>8</sup> Somit sind die oben gemachten Ausführungen bereits überholt! Schwangere Frauen sollen mit dem Test flächendeckend versorgt werden. Wo bleibt da die Glaubwürdigkeit?

Der PrenDia Test wird ab der 10. Schwangerschaftswoche angeboten.

## Schonender Test?

Mit dem Ausdruck „nicht-invasiv“ wird der Test kräftig beworben!! Im Patientinnen-Faltflyer wird indessen auch gesagt, daß eine definitive Diagnose mit diesem Bluttest nicht geliefert werden kann. Es handelt sich um eine erweiterte Risikoanalyse. Das Ergebnis sei eine statistische Einschätzung mit einem sehr hohen Wahrscheinlichkeitswert, erklärt Lifecodexx. Ein positiver Befund müsse daher durch einen invasiven Test bestätigt werden.

Also besteht sekundär doch das Risiko des invasiven Tests, indessen nur bei pathologischem Befund!

## Kostenpunkt

Der PraenaTest® und PrenDia Test kosten ca. Fr. 1'500. Der Test wird als „individuelle Gesundheitsleistung“ gemäß Lifecodexx nicht von der Krankenkasse übernommen! Der Verband Santésuisse hat aber bereits für eine Übernahme durch die Krankenkassen plädiert.

7 Eckhard Nagel, Mitglied des Deutsche Ethikrats, in: Apotheken Umschau, Forschung & Wissen, Schwangerschaft auf dem Prüfstand, Pränataldiagnostik

8 Fortbildung PRÄNATALE DIAGNOSTIK, 24. Januar 2013 Zürich – Klinik für Geburtshilfe, **UniversitätsSpital Zürich**



## Verfügbarkeit

Seit August 2012 ist der PraenaTest® in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und in der Schweiz verfügbar. Seit dem 1. Quartal 2013 kann der Test auch die Trisomien 13 und 18 nachweisen. Laut Lifecodexx ist der Test in Deutschland verfassungskonform. Zudem erklärt die Firma: „Darüber hinaus müssen sich betroffene Frauen in Deutschland gemäß dem Gendiagnostikgesetz sowie den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission durch einen qualifizierten Arzt humangenetisch und ergebnisoffen beraten und aufklären lassen.“

Laut der Webseite [www.genesupport.ch](http://www.genesupport.ch) ist auch der PrenDia Test in der Schweiz verfügbar.

## Zeitbedarf

Bis zum Eintreffen des Testresultates dauert es ca. 14 Tage (10 Arbeitstage)! Damit wäre die Frau bereits frühestens in der 13 1/7 SSW. Das positive Ergebnis müsste dann noch durch die Chorionzottenbiopsie bestätigt werden, was ebenfalls 3-4 Tage in Anspruch nimmt. Zwei Wochen werden für die Amniocentese benötigt.<sup>9</sup> Im Falle einer bestätigten Anomalie wird den Betroffenen zur Abtreibung geraten. Diese wird frühestens Ende der 14. SSW vorgenommen werden können, ein Zeitpunkt mit einem bereits höheren Risiko als beispielsweise bis zur 12. SSW.

Somit wäre – auch bei zunächst nicht-invasivem Test – die risikobehaftetere Abtreibung nach der 12. SSW umso eingreifender. Der Test nützt – bei positivem Resultat punkto Gesamtrisiko bilanziert – demnach nichts!! Das Risiko der invasiven Diagnostik noch gar nicht berechnet!

Lifecodexx erklärt in einer Pressemitteilung vom 20. Aug. 2012: „Der PraenaTest® kann die Zahl der eingriffsbedingten Fehlgeburten deutlich reduzieren

*und allein in Deutschland bis zu 700 Kindern das Leben retten, die jährlich durch Komplikationen bei invasiven Untersuchungen sterben.“<sup>10 11</sup>*

Dabei ist Folgendes interessant: Früher hat man dieses Risiko heruntergespielt. Erst wenn ein geringeres Risiko bei einem neuen Test besteht, gesteht man das doch recht hohe Risiko des vorhergehenden Testes zu!

Die 700 „geretteten“ Kinder betreffen die invasiven Untersuchungen ohne vorhergehenden PraenaTest. Bei positivem Test wird die invasive Diagnostik jedoch ebenfalls erforderlich und dort ist das Risiko der Fehlgeburt dann ebenfalls gegeben. Somit sind es in Wirklichkeit nicht „700 gerettete Kinder“, sondern 700 minus diejenigen Fehlgeburten nach positivem Test. Aber im Falle eines positiven Ergebnisses sind dies ohnehin todgeweihte Kinder! Dann spielt offenbar auch das Abortrisiko durch die invasive Untersuchung keine Rolle mehr für das Kind! Das Risiko trifft dann allerdings die Mutter, was ebenfalls nicht vernachlässigt werden darf!

## Ethische Beurteilung

Beim PraenaTest® handelt es sich um eine Untersuchung mit der Absicht der Selektion, Ungeborne mit einer Trisomie 13, 18 und 21 zu erfassen, um im Falle eines positiven Resultates den Eltern die Abtreibung dieses Kindes zu empfehlen.

Das ist die einzige Intention des Testes, obwohl der Humangenetiker Eckhard Nagel sagt: „Zu

<sup>10</sup> PraenaTest® jetzt in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und in der Schweiz verfügbar 20 | 08 | 12. LifeCodexx, Presse

<sup>11</sup> Fehlgeburten bei 0,2-1% bei invasiver PND, LIFECODEXX; gemäss Prof. Eckhard Nagel (Apotheken Umschau) 1 – 3%; das geschätzte Risiko für eine Komplikation bei diesem invasiven Prozedere (Fehlgeburt, vorzeitiger Blasensprung, Blutungen) liegt gemäss SGGG zwischen 0,5-1%.

„Das Risiko einer Schädigung des Ungeborenen oder einer Fehlgeburt liegt bei der Fruchtwasseruntersuchung bei circa 0,5 bis 2 Prozent.“  
<http://www.down-syndrom.ch/fruchtwasseruntersuchung>

<sup>9</sup> [www.geburtshilfe.usz.ch](http://www.geburtshilfe.usz.ch) –  
Siehe unter: Health Professionals –  
Amniozentese und Chorionzottenbiopsie

*einer Selektion ungeborenen Lebens darf es nicht kommen.*<sup>12</sup>

Im Falle eines positiven Resultates muß dieses erstens durch einen invasiven Test bestätigt werden und zweitens wird einzig und allein die Abtreibung angeboten. Es kann weder für die Zeit der Schwangerschaft noch den Zeitraum während oder nach der Geburt als Alternative eine therapeutische Option angeboten werden.

Im Endeffekt handelt es sich um einen „schonenden“ Test zur ‚Selektion behinderter Menschen‘ (die Vorstufe zur EU-Thanasie). Schonend für die Mutter, indem die Risiken für sie zunächst entfallen. Für das Kind ist er nur vordergründig schonend, indem das Abortrisiko durch invasives Vorgehen zunächst nicht besteht. Aber die Tatsache, daß das Abortrisiko bei der Verifizierung eines positiven Resultates durch invasives Vorgehen die Mutter und u.U. auch weitere Schwangerschaften betrifft, wird nicht weiter erwähnt! Insbesondere ist auch das doch erhebliche Risiko der Abtreibung jenseits der 12. SS-Woche in Betracht zu ziehen.

Auch das Argument der *Beruhigung der Eltern* durch ein negatives Ergebnis *muß als fragwürdig abgelehnt* werden. Dieses Argument könnte lediglich für den Fall Gültigkeit haben, wenn die Mutter a priori eine Abtreibung bei allfällig positivem Test ablehnen würde. Dann könnte man sie durch einen negativen Test beruhigen, bei positivem Ergebnis aber würde sie das behinderte Kind akzeptieren.

Es wird mit der Angst gearbeitet, daher werden viele Eltern den Test machen wollen, weil er ja ungefährlich ist – der Test schon, aber was danach kommt? Die Entscheidung im Falle eines positiven Ergebnisses? Dann die Abtreibung?

Auch wird gesagt, daß es, bezogen auf das Down-Syndrom, kaum mehr Abtreibungen geben werde,

da ohnehin schon 90 – 95% der Down-Syndrom-Kinder abgetrieben werden. Wenn der Test allerdings, wie angekündigt, praktisch flächendeckend durchgeführt wird, dürfte wohl doch mit mehr Abtreibungen zu rechnen sein.

Die Tendenz in unserer Gesellschaft und das erklärte Ziel solcher genetischer Tests ist es, Behinderungen mit *allen Mitteln* zu verhindern. Es ist auch nicht anzunehmen, daß die Forschung zusammen mit der Industrie eine solch kostspielige Entwicklung dieses Tests nur für Risikofälle auf sich nimmt. Mit so viel Altruismus ist kaum zu rechnen, also dürfte die Absicht a priori schon ein flächendeckendes Angebot gewesen sein, rein schon, um die Kosten zu decken bzw. einen entsprechenden Gewinn einzufahren!


*„Wichtig ist für mich, daß wir in der Beratung unterscheiden zwischen behinderten Menschen und Embryonen im ersten Schwangerschaftsdrittel, die noch nicht den juristischen Status einer Person haben. Die Person, um die es hier geht, ist die Mutter und ihre eigenständige Entscheidung.“*<sup>13</sup> Aus dieser Aussage wird eindeutig ersichtlich, daß das Ungeborene aus sog. juristischen Gründen nicht als Mensch begriffen wird, es also eine Herabminderung seines Status erfährt! Nur die Mutter mit ihrer „eigenständigen Entscheidung“ wird als Person anerkannt!

## Fazit

**Diese Tests (PraenaTest® und PrenDia Test) sind in ihrer Intention zutiefst unethisch und auch vom moraltheologischen Standpunkt aus abzulehnen!**

<sup>12</sup> Eckhard Nagel, in: Apotheken Umschau, Forschung & Wissen, Schwangerschaft auf dem Prüfstand, Pränataldiagnostik.

<sup>13</sup> Sabine Minderer, in: Apotheken Umschau, Forschung & Wissen, Schwangerschaft auf dem Prüfstand, Pränataldiagnostik



*Schönheit: Eine Frucht, die man betrachtet,  
ohne die Hand nach ihr auszustrecken.*

SIMONE WEIL

### **Ausblick: Im Dienste der Eugenik hin zum gläsernen Ungeborenen**

Wenn man bedenkt, daß 90% der Behinderungen erst nach der Geburt, also im Laufe des Lebens auftreten, durch Krankheiten und Unfälle, sollte man meinen, daß sich die wenigen, bis anhin pränatal erfaßbaren genetisch bedingten Behinderungen relativieren dürften. Was leider nicht der Fall ist. Es wird ja förmlich Jagd gemacht auf das Down-Syndrom, und das seit Jahrzehnten. Das wurde auch bei der Fortbildung vom 24. Januar 2013 in Zürich deutlich. Die Jagd auf das Down-Syndrom war praktisch Motto dieser Fortbildung. Dies bestätigte sich besonders in einem Referat, nämlich die verbleibenden 5% Down-Synndrome im 2. und 3. Trimenon aufzuspüren, um sie dann noch zu eliminieren!

Abgesehen davon könnte dieses Vorgehen als ungerecht gegenüber den über 90% der erst postpartal auftretenden Behinderungen aufgefaßt werden, denn die präpartal nachweisbaren

Defekte haben das Unglück, nicht überleben zu dürfen! Außerdem wird der Lebenswert der überlebenden Behinderten durch den PraenaTest® in Frage gestellt.

In der Gynäkologie gilt mittlerweile zunehmend das ungeschriebenes Gesetz: *„Heute hat man zwei Kinder, und die müssen gesund sein.“*

**Eugenik:** Der Begriff, ja das so geschaffene Faktum unwerten Lebens wird durch derart perfektionierte Tests zementiert. Man konzentriert sich nicht mehr auf das Leben, um das es sich handelt, sondern nur noch auf die Schädlichkeit bzw. Unschädlichkeit der Testmethode, die einen Defekt festzustellen erlaubt. Im Falle eines positiven Ergebnisses wird präsumiert, daß dies kein lebenswertes Leben sei.

Der PraenaTest® zur Erfassung der Trisomie 21 wurde ursprünglich als Pränatest T21 = Screening-Etappe bezeichnet. Im Laufe des Jahres 2013 wurde nun auch der Test für Trisomie 13 und 18 verfügbar und somit ein weiteres Etappenziel

erreicht. In einigen Jahren soll das ganze menschliche Genom in der Schwangerschaft molekularbiologisch bestimmbar sein.

So werden alle Genanomalien erkannt werden können und es wird dann eine (willkürliche) Ermessensfrage sein, welche Ungeborenen am Leben gelassen und welche abgetrieben werden. Das gläserne Ungeborene ist dann Wirklichkeit. Alle genetisch bedingten Behinderungen werden so ausgerottet werden können. Das ist ‚optimierte‘ Eugenik!

„Durch die revolutionären Entwicklungen in der Genetik steuern wir auf eine Genifizierung aller medizinischen Fachbereiche zu, so auch in der pränatalen Diagnostik.“<sup>14</sup>

**Eine Folge dieses Angebotes könnte sein, daß die Krankenkassen Druck auf Eltern ausüben und im Falle des Nichtgebrauchs des Tests Leistungen verweigern!!!**

**Es handelt sich um reine Eugenik und potentielle aktive pränatale Euthanasie durch perfektionierte Diagnostik auf molekulargenetischer Ebene. Perfektioniert verfeinerte nicht-invasive Euthanasiediagnostik durch einen nicht vollständig diagnostischen Test!**

### **PraenaTest und Präimplantationsdiagnostik (PID)**

Aus ethischer Sicht drängt sich eine Parallele zur PID auf, da Gemeinsamkeiten bestehen.

Die PID hält ebenfalls keine therapeutische Alternative bereit. Sie hat rein eugenische Züge, indem sie bei positivem Resultat (genetische Defekte) nur die Tötung des Embryos vorsieht! Dieser selektionierende Charakter ist abzulehnen!

<sup>14</sup> Ebd.

Bei der Fortbildung vom 24. Januar 2013 in Zürich fielen – die Rechtslage in gewissen europäischen Ländern betreffend – folgende Äußerungen:

- „Bürger haben das Recht auf qualitative Familienplanung“
- Schwangerschaft ist prinzipiell ein Geschehen auf Abruf
- Schwangerenbetreuung dient der Klärung der Frage: „Was ist gebärensenswert?“

Wohl in Anlehnung an lebenswert!

Diese rein utilitaristische Sicht der Dinge läßt insbesondere für die Zukunft nichts Gutes erahnen und erinnert an den neuen Begriff „in vitro eugenics“<sup>15</sup>, der letztlich das Designer Baby im Fokus hat!

Bei PID wie auch beim PraenaTest geht es um den Nachweis genetischer Defekte, beim PraenaTest im Moment ‚nur‘ um die Feststellung von vorderhand drei Trisomieformen, es wird indessen bald das ganze Genom kontrollierbar sein. Die PID ist bereits weiter ausgebaut, auch hier wird eine breite Kontrolle angestrebt. Der gläserne Embryo ist im Entstehen! Im Moment kann bei beiden im Falle einer positiven Testung keine therapeutische Option angeboten werden. Als Angebot gilt nur die Vernichtung des betreffenden Embryos. Dies ist ethisch aus unserer Sicht nicht akzeptabel!

Der Unterschied zwischen den beiden Tests besteht lediglich im Zeitpunkt der Nachweismöglichkeit: die PID erlaubt eine Diagnose bereits in den ersten Tagen nach der Befruchtung der Eizelle durch eine Samenzelle – allerdings nur nach Zeugung in vitro bzw. durch ICSI. Der PraenaTest ist erst ab der 11 1/7 SSW möglich und damit ‚relativ spät‘ in der SS

<sup>15</sup> Der Begriff „in vitro eugenics“ wurde von Robert Sparrow geprägt. Seine Auffassungen werden seit der Veröffentlichung seines Artikel heftig diskutiert. Sparrow Robert, In vitro eugenics. J Med Ethics Online, 4. April 2013: <http://jme.bmj.com/content/early/2013/02/13/medethics-2012-101200.full>

Vgl. Matt, Australian ethicist celebrates „in vitro eugenics“. 16. April 2013, <http://www.lifechoice.net.au/australian-ethicist-celebrates-in-vitro-eugenics/>

und bedarf noch einer Bestätigung durch eine invasive Diagnostik, so daß hier das Risiko der invasiven Massnahme und dasjenige des SS-Abbruchs jenseits der 12. SSW hinzukommt, das für die Mutter erheblich ist!

**Diagnostisch haben sich unglaubliche Fortschritte gezeitigt, therapeutisch kaum!! Das spricht dafür, daß die Intention der Diagnostik praktisch nur auf Selektion abzielt!!! Die diagnostischen Maßnahmen gestatten teilweise einen immer früher möglichen Nachweis eines Gendefektes in der Schwangerschaft. ■**



## Selektion

Weitgehend unbemerkt wurde von der „amedes-Gruppe“, einem Unternehmen für medizinisch-diagnostische Dienstleistungen, in Deutschland ein neuer Test für „nicht-invasive“ Pränataldiagnostik (NIPT-Test) mit dem Namen „Panorama“ eingeführt. Eine Presseerklärung dazu (...) wurde am 13. Mai veröffentlicht. Diese wurde von „Russo Partners“, ein im Pharma- und Biotechnologiesektor tätiges PR-Unternehmen redigiert. Die Streuung der PM übernahm „Business Wire“, das der Firma „Berkshire Hathaway“ des weltberühmten Investors Warren Buffet gehört. Man blieb sozusagen „unter sich“: Die Meldung wurde ausschließlich in den wichtigsten Portalen für Wirtschafts- und Unternehmensnachrichten, wie *Börsen Manager* und ähnlichen, reproduziert.

Pränataldiagnostik wird aufgrund der ethischen Bedenken kontrovers diskutiert. Daß Hersteller

und PR-Leute das wissen, erkennt man gut in der Pressemitteilung selbst und zwar nicht nur in dem, was geschrieben steht, sondern vor allem an dem, was nur suggeriert oder gar verschwiegen wird. Deshalb lohnt es sich, den Text genauer zu analysieren.

Das Verfahren wird in der Presseerklärung folgendermaßen dargestellt: „Panorama™ ist ein Bluttest, der mit einem innovativen molekulargenetischen Verfahren eine Risikoabschätzung für Chromosomenstörungen des ungeborenen Kindes erlaubt.“

Damit ist gemeint, daß das Verfahren lediglich eine Wahrscheinlichkeit einer genetischen Erkrankung (anhand eines Algorithmus) ausrechnet. Es besteht also nach der Auswertung der Ergebnisse keine Sicherheit darüber, ob das ungeborene Kind tatsächlich krank ist oder nicht. Aufgrund dieser Wahrscheinlichkeitsrechnung wird dann entschieden, ob das Kind abgetrieben wird oder nicht. Das liegt völlig im Ermessen der Beteiligten. Oft raten Ärzte im Zweifelsfall zu einer Abtreibung, um Haftungsklagen zu vermeiden. Generell gilt, daß statistisch etwa jedes 300. NIPT-Testergebnis (= 0,3 Prozent) nicht zutreffend ist (falsch-positiv oder falsch-negativ), und immerhin 0,5 bis vier Prozent aller Untersuchungen liefern kein klinisch verwertbares Ergebnis.

## Alle Verfahren besitzen einen gewissen Grad an Willkür

Es ist natürlich ein Skandal, daß ein Mensch getötet werden kann, nur weil er krank ist. Aber daß das zudem aufgrund einer Wahrscheinlichkeitsrechnung geschieht, läßt einem das Blut in den Adern gefrieren. Hier werden in eklatanter Art und Weise nicht nur die Rechtsstaatlichkeit verletzt, sondern auch elementarste Grundsätze der Menschlichkeit.

Es gibt mehrere Verfahren zur Messung des Krankheitsrisikos. Alle besitzen einen gewissen Grad an Willkür. Das liegt daran, daß man eine Matrix mit

sogenannten „Markern“ erstellt, also „Auffälligkeiten“, die auf eine Erkrankung hinweisen könnten (!). Welche tatsächliche Bedeutung diese Auffälligkeiten haben, ist bis zu einem gewissen Grad Ermessenssache.

„Dazu gehören die Trisomien 13, 18 und 21 sowie Störungen der Geschlechtschromosomen, wie das Turner-Syndrom. Im Falle eines Turner-Syndroms erlaubt die höhere Sicherheit der Diagnosestellung eine optimale Vorbereitung der Geburt und der nachgeburtlichen Versorgung des Kindes.“

Der zweite Satz, der auf das Turner Syndrom hinweist, versucht das Verfahren ethisch zu rechtfertigen, nachdem zuvor auf die Trisomien 13, 18 und 21 (Down-Syndrom) eingegangen wurde, die unheilbar sind und heutzutage mit einer Wahrscheinlichkeit von 90 Prozent zu einer Abtreibung führen – obwohl die Verfahren der Pränataldiagnostik nur eine Risikoabschätzung liefern! Dieser Sachverhalt aber wird in der Presseerklärung von „amedes“ nicht offen gesagt. Statt dessen weist man auf die Therapiemöglichkeiten des Turner-Syndroms hin.

### **Die Mutter wird zum Patienten, das Kind zum Krüppel**

„amedes und Natera sehen die nicht-invasive Pränataldiagnostik aus mütterlichem Blut als Ergänzung zur aktuell gängigen Nackentransparenz-Messung und der Messung biochemischer Marker (PAPP-A, freies  $\beta$ hCG).“

Auch die Nackentransparenz-Messung liefert nur eine Risikoberechnung. Dabei wird eine Flüssigkeitsansammlung zwischen dem Nacken und der Nackenmuskulatur gemessen. Je dicker die Flüssigkeitsschicht, desto eher kann eine Erkrankung vorliegen. Außerdem gibt es viele Fehlermöglichkeiten, da der Fötus lediglich fünf bis acht Zentimeter groß ist und sich für die Ultraschalluntersuchung in einer bestimmten Position befinden muß. Auch

die biochemischen Marker geben bloß Hinweise auf eine mögliche Erkrankung.

Da man weiß, daß all diese Verfahren unsicher sind, erfindet man neue, um so die Treffsicherheit zu erhöhen. Eine Frau, die sich auf die Pränataldiagnostik einläßt, gerät auf diese Weise in eine Kette von Untersuchungen, die sie in ihrer hochsensiblen Lage psychisch überfordern und die eine Bindung zum heranwachsenden Kind verhindern. Die Mutter wird zu einem Patienten, das ungeborene Kind wird als potentieller „Krüppel“ behandelt.

### **Den Tod des Ungeborenen nimmt man billigend in Kauf**

„In klinischen Studien lag die Detektionsrate mit dem Panorama Test für die Trisomien 13, 18 und 21 bei 99 Prozent, für die Monosomie-X bei 92 Prozent. Bislang gab es keinen Fall einer Trisomie, der nicht durch den Test erkannt worden war.“ Dies bedeutet freilich nichts anderes, daß eine noch strengere Selektion von behinderten Menschen erfolgen wird, denn man weiß, daß die Diagnose von Trisomien 13, 18 und 21 in etwa 90 Prozent der Fälle zu Abtreibungen führt.

„Der Test wurde international validiert, u. a. vom Begründer des modernen Pränatalscreening, Dr. Kypros Nicolaides aus England.“ Dr. Kypros Nicolaides ist ein Gynäkologe, der Mehrlingsreduktionen (also Tötung von Föten im Mutterleib bei Vorhandensein von Mehrlingen) im Falle von In-Vitro-Fertilisation vornimmt.

„Mit Anwendung des Tests werden unnötige Fruchtwasseruntersuchungen (Amniocentesen) oder Probenentnahmen des Mutterkuchens (Chorionzottenbiopsien) vermieden.“ Innerhalb dieses allgemeinen Schreckensszenarios hat dieses Verfahren tatsächlich den Vorteil, daß weniger Kinder aufgrund von invasiven Tests, bei denen Fruchtwasser mit einer Spritze aus der Plazenta entnommen wird, umkommen. Zwischen 1,5 und zwei Prozent der

Fruchtwasseruntersuchungen führen zu erheblichen Komplikationen, in einem Prozent der Fälle gar zu Fehlgeburten. Man nimmt also den Tod des Kindes in Kauf, um seine Gesundheit zu untersuchen. So groß ist die Angst vor einem Kind, das nicht den gesellschaftlichen Normen entspricht.

## Großer Wachstumsmarkt

„Der Panorama™ Test analysiert zellfreie DNA aus mütterlichem Blut und ist der einzige Test, der verlässlich zwischen mütterlichem und fetalem Genotyp differenzieren kann.“

Eine der vielen „Ungenauigkeiten“ der Bluttests wurde also angeblich behoben. Die älteren Tests können tatsächlich nicht genau zwischen dem mütterlichem und dem fetalem Genotyp unterscheiden. Wenn also die Mutter eine genetische Unregelmäßigkeit besaß – die nicht zwangsläufig zu einer Krankheit führen muß –, konnte sie beim ungeborenen Kind diagnostiziert werden. Obwohl dieses gesund war, wurde es dann trotzdem getötet. Es gibt aber weitere Ursachen für ungenaue Laborergebnisse. Auch äußere Einflüsse, wie zum Beispiel Rauchen, können die Ergebnisse beeinflussen.

Es muß hier erwähnt werden, daß es große wirtschaftliche Anreize gibt, das eigene Verfahren als das „sicherste und exakteste“ zu verkaufen, denn dieser Wirtschaftszweig ist stark im Wachsen. Im Sommer 2012 wurde in Deutschland trotz Protesten durch die Firma LifeCodexx mit dem PraenaTest das erste kommerziell verfügbare nichtinvasive Testverfahren auf den Markt gebracht. Das von „amedes“ ist das zweite, weitere sind in Vorbereitung. Der europäische Markt ist für Pharmaunternehmen nach den USA der zweitgrößte der Welt. Allein in Deutschland belief sich laut Bundesverband der pharmazeutischen Industrie das Produktionsvolumen im Jahre 2010 auf 26,9 Milliarden Euro. Die Einführung des neuen Verfahrens „Panorama“ in Deutschland ist nur eine Zwischenstation hin zu der Etablierung eines

neuen Gesundheitsmarkt-Segments der nichtinvasiven Pränataltests in Europa.

## Über Leben und Tod entscheidet eine Wahrscheinlichkeitsrechnung

„Für den Test ist eine Blutprobe der Mutter notwendig, für das ungeborene Kind besteht keinerlei Risiko.“

Das wäre wahr, wenn die Verfahren der Pränataldiagnostik nicht die Selektion von kranken Menschen als primäres Ziel hätten. Da es in den wenigsten Fällen möglich ist, Krankheiten vor der Geburt zu verarzten, dient die Pränataldiagnostik vor allem zur Auffindung von Krankheiten, um das Kind gegebenenfalls abzutreiben. Eine Mutter, die ihr Kind auf jeden Fall haben will, braucht sich diesen Prozeduren nicht zu unterziehen.

Die Einführung des neuen Verfahrens zur Feststellung von genetisch bedingten Krankheiten beim ungeborenen Kind macht deutlich, wie weit der Mensch in unserer Gesellschaft zum Objekt degradiert worden ist. Das Bewußtsein, daß es sich hier um einen Menschen, um eine Person mit unveräußerlichen Rechten handelt, wird durch diese Verfahren demoliert. Ob man leben darf oder nicht, verdankt man am Ende einer Wahrscheinlichkeitsrechnung. Normabweichungen führen schnell zum Tod. Allein diese Tatsache zeigt, wie tief wir gefallen sind. Der moderne Mensch huldigt einem Machbarkeitswahn und merkt offenbar nicht, wie er dabei das Menschsein selbst zerstört. ■

### Quelle

Junge Freiheit vom 28. Mai 2013.

Verfasser: Mathias von Gersdorff



(...) Zwischen Ende 2010 und Anfang 2011 kündigten die Weltmedien über ihre Lautsprecher das Anbrechen des „Arabischen Frühlings“ an, oder anders gesagt, einer neuen Epoche der Demokratie, der Freiheit und der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung im Nahen Osten und in Nordafrika. Manche, wie Italiens Minister für Internationale Zusammenarbeit und Integration, Karlspreisträger Andrea Riccardi, ging soweit, zu erklären, daß „das Mittelmeer ein zur Gänze demokratisches Meer geworden ist“, indem er tunlichst vergaß, zu erwähnen, daß die arabischen Revolutionen von Libyen bis Syrien, von Ägypten bis Tunesien Wirtschaftskrisen, politische Instabilität, den Aufstieg islamistischer Bewegungen und eine gewalttätige antichristliche Repression ausgelöst haben. Es handelt sich nicht um einen Frühling, sondern um einen harten Winter für die unglücklichen Regionen.

Während der sorgfältig von den westlichen Machtzentren und den Muslimbrüdern geplante Arabische Frühling erbärmlich gescheitert ist, zeichnet sich ein ganz anderer Frühling in den nächsten Monaten 2013 in Europa ab: das, was wir einen „Lateinischen Frühling“ nennen könnten.

In Rom nahmen am 12. Mai 40.000 Menschen am dritten Italienischen Marsch für das Leben teil, die vom Kolosseum zum Petersplatz zogen, wo sie Papst Franziskus mit seinem Segen empfing. Keine der großen „kirchlichen“ Bewegungen von Comunione e Liberazione zu den Neokatechumenalen, von den Charismatikern zu den Fokolarini hat am Marsch teilgenommen, der damit als eine eigenständige „Bewegung“ bestätigt wurde, die nicht direkt auf die offizielle katholische Welt zurückgeht.

Der Marsch für das Leben, wie der Rechtsphilosoph Mario Palmaro treffend schrieb, „hat nicht kirchlichen Charakter, ist keine Prozession, kein Gebetstreffen: an ihm nehmen Katholiken und andere Christen teil, Vertreter anderer Religionen, Gläubige und Nicht-Gläubige. Viele schweigen, viele andere beten in einem Klima großer Freiheit. Auf diese Weise beweist der Marsch die Vernünftigkeit der Gründe für das Lebensrecht. Der Marsch ist eigenständig und unabhängig. Er sichert sich eine Freiheit, die ihn Einflußnahmen, Kompromissen, Taktiken, interner Zensur und als Besonnenheit getarnter Ängstlichkeit entzieht“.

In Frankreich versammeln die „Manifs pour tous“ (Kundgebungen für alle) nach der parlamentarischen Einführung der „Homo-Ehe“ am 23. April, Hunderttausende von Menschen, die weiterhin gegen die Regierung demonstrieren, weil sie in der Entscheidung einen schweren Anschlag auf die Grundlagen des Staates und der Gesellschaft sehen. Sie tun dies mit einem solchem Ideenreichtum, wie Patrice de Plunchett am 8. Mai im Osservatore Romano schrieb, daß die Medien ganz erstaunt sind: Mobilisierung über Twitter, spontane Versammlungen auf den Straßen und Plätzen, Lager vor der Nationalversammlung, „Weckrufe“ vor den Wohnungen der Minister, Transparente an Autobahnüberführungen.

Es gibt zudem das Netz der „Veilleurs“ (der Wächter) und der „Mères veilleuses“ (der wachenden Mütter) und das mit einem gelungenen Wortspiel zu „wunderbar“, die „Wunderbaren“



(merveilleuse). Sie drücken ihren friedlichen Protest und ihre Empörung in kurzfristig zusammengerufenen Gruppen von mehreren Hundert Personen aus. Die Zusammensetzung der Gruppen ist völlig fließend.

Im einen wie im anderen Fall handelt es sich um eine spontane Bewegung, die vor allem von der Basis der katholischen Welt ausgeht. Das, was hier geschieht, ist mehr als eine Kundgebung, es ist die Wiederherstellung eines sozialen Netzes. Es ist der gesunde und lebendige Keim, der sich in einem kranken Organismus entwickelt, wie Rémi Fontaine in einem gelungenen Buch schreibt, das diesem Phänomen gewidmet ist: „Les enjeux du printemps français“ (Aspekte des französischen Frühlings, Editions de Paris, Versailles 2013).

Wenn die relativistische Kultur die Zersetzung einer Gesellschaft produziert, revitalisiert die Kultur des Lebens und des Antihomosexuallismus den sozialen Körper. Die internationalen Machthaber, die die politischen Entscheidungen der nationalen Regierungen kontrollieren oder bedingen, beobachten dieses unerwartete Wiedererwachen mit Sorge. Sie befürchten, daß neue Formen der politischen und sozialen Teilnahme und eine neue Führungsschicht entstehen, die imstande ist, Volkserhebungen gegen das in Europa seit der französischen Revolution errichtete Kultur- und Herrschaftssystem auszulösen. Wir werden daher einen Versuch erleben, die gegen das Establishment gerichtete Oppositionsbewegung „umzuwandeln“ und zu „normalisieren“. Aber wenn es auch möglich ist, die Menschen zu täuschen, ist es unmöglich die Gnade Gottes zu „kaufen“, die, wann immer sie sich zeigt, eine unaufhaltsame Entwicklung auslöst.

Hinter dem Lateinischen Frühling stehen die unbesiegbare Aktion der Gnade und eine Weltsicht, die ihre Wurzeln in den lateinischen Wurzeln der abendländischen Kultur hat. In Griechenland wurde das Konzept der Humanitas geboren, die Idee, daß es eine menschliche Natur gibt, die von ewigen und universalen Gesetzen bestimmt ist, die zu erkennen Aufgabe der Philosophie ist.

Der Mensch ist eben nicht nur ein soziales Wesen, sondern vor allem ein rationales Wesen. Die Humanitas ist nicht das subjektive Ich des modernen Humanismus, sondern das Sich-Bewußtsein dieser universalen Gesetze der menschlichen Natur. Das Gesamtbild der absoluten und universalen Gesetze und Prinzipien ist das natürliche Gesetz des Dekalogs, den wir nach der griechischen Philosophie auch durch das Römische Recht anerkannt finden.

Der neue Katechismus der katholischen Kirche erinnert im Zusammenhang mit den allgemeingültigen Vorschriften, deren Autorität sich auf alle Menschen erstreckt, an die Worte Ciceros, daß es mit Sicherheit „ein wahres Gesetz (gibt): das der rechten Vernunft. Es stimmt mit der Natur überein, ist bei allen Menschen vorhanden und besteht unveränderlich und ewig. Seine Gebote fordern zur Pflicht auf; seine Verbote verwehren Verfehlungen“ (Cicero, rep. 3,22,33; Katechismus Nr. 1956). Der heilige Thomas von Aquin erinnert uns daran, daß das von den Parlamenten oder jeder anderen legislativen menschlichen Instanz beschlossene Gesetz nicht in Widerspruch zum ewigen Gesetz Gottes sein kann. Das Naturrecht „ist nichts anderes als das von Gott in uns hineingelegte Licht der Erkenntnis, durch das wir einsehen, was zu tun und was zu vermeiden ist. Dieses Licht und dieses Gesetz hat Gott dem Menschen bei der Schöpfung gegeben“ (Thomas von Aquin: In duo praecepta caritatis et in decem Legis praecepta expositio, Kap. 1).

In seinem letzten Buch „Erinnerung und Identität“ verurteilte Johannes Paul II. die „legale Vernichtung gezeugter, aber noch ungeborener menschlicher Wesen [...] eine Vernichtung, die sogar von demokratisch gewählten Parlamenten beschlossen wird, in denen man sich auf den zivilen Fortschritt der Gesellschaften und der gesamten Menschheit beruft“ und spricht in diesem Zusammenhang von „schweren Formen der Verletzung des Gesetzes Gottes“. Der Papst dachte dabei an den starken Druck, den das Europäische Parlament ausübt, damit die Mitgliedsstaaten und auch andere Staaten homosexuelle Beziehungen als Alternativform zur Familie anerkennen und diesen

sogar ein Adoptionsrecht zugestanden wird. Es sei legitim, ja sogar eine Pflicht, so Johannes Paul II., sich die Frage zu stellen, ob hier nicht wieder eine neue Ideologie des Bösen am Werk sei, vielleicht „heimtückischer und verholener“, die versucht gegen den Menschen und gegen die Familie sogar die Menschenrechte auszunützen. „Warum geschieht das alles? Was sind die Wurzeln dieser nachauflärerischen Ideologien? Die Antwort ist letztlich einfach“, weil Gott als Schöpfer abgelehnt werde und damit das, was gut und böse ist, völlig verschwimmt. Wenn man auf sinnvolle Weise über Gut und Böse sprechen wolle, müsse man zum heiligen Thomas von Aquin zurückkehren und damit zur „Theologie des Seins“.

Der italienische Marsch für das Leben und die französischen Manifs pour tous gründen auf dieser „Philosophie des Seins“, der die moderne Welt den Rücken zugekehrt hat, mit den verheerenden Ergebnissen, die vor unser aller Augen sichtbar sind. Hinter dem Lateinischen Frühling steht die feste Überzeugung, daß das göttliche Gesetz und das Naturrecht nicht auf den privaten Raum begrenzt sein können, sondern ebenso für den öffentlichen Raum Geltung haben und die Grundlage für die christliche Sozialordnung bilden, der einzigen möglichen Lösung der dramatischen Probleme unserer Zeit. ■

*Text: Corrispondenza Romana*

### *Quelle*

katholisches.info vom 17. Mai 2013.

Autor: Roberto de Mattei

(Übersetzung: Giuseppe Nardi)





## EU-Parlament diskriminiert Jugend für das Leben

Linz (15.07.2013, JfdL-cb). Die Verwaltung des Europäischen Parlaments hat Ende Juni eine Veranstaltung des Vereins Jugend für das Leben verboten. Jugend für das Leben plante im Rahmen eines Infostandes in einem der Gebäude des EU-Parlaments das Recht auf Leben und die Europäische Bürgerinitiative One of us zu bewerben. Carina Broucek, die Pressesprecherin der Jugend für das Leben, beklagte eine skandalöse Diskriminierung. Die Entscheidung der Verwaltung ist nicht nachvollziehbar. Unser Infostand war entsprechend der Geschäftsordnung des Parlaments angemeldet. Infostände von Lobbyisten oder Bürgern in den Räumen des Parlaments seien eine gängige Methode, um auf aktuelle Themen in der Politik aufmerksam zu machen, weil bei solchen Infoständen die Abgeordneten mit den Bürgern und ihren Interessen direkt in Berührung kommen können.

Der Infostand der Jugend für das Leben stand unter der Schirmherrschaft des EU-Abgeordneten Ewald Stadler. Themen des Infostands waren die Entwicklung des ungeborenen Lebens und die Europäische Bürgerinitiative One of us. Die Bürgerinitiative One of us basiert auf der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes Greenpeace gegen Brüstle (C-34/10), in welcher die europäischen Richter die Patentierung menschlicher Embryonen verbieten und klarstellen, daß das Leben mit der Empfängnis beginnt. Die Parlamentsverwaltung fürchtete, daß unser Infostand zu kontrovers sein würde. Ich frage mich aber, ob es irgendein politisches Thema gibt, das nicht umstritten ist, erklärte Carina Broucek. Der zuständige Quästor,

der EU-Abgeordnete Jim Higgins aus Irland von der Partei Fine Gael, begründete sein Verbot in wenigen Stichworten mit dem simplen Verweis auf die mit dem Thema Lebensschutz verbundene Kontroverse. Quästoren sind verantwortlich für bestimmte besondere Verwaltungssachen im EU-Parlament.

Wir haben Jim Higgins angeboten, das in seinen Augen zu kontroverse Material wegzulassen. Aber wir haben selbstverständlich darauf bestanden, die Bürgerinitiative One of us bewerben zu dürfen, weil alle anderen Bürgerinitiativen bisher im Parlament erlaubt waren, erläuterte Carina Broucek. Dies sei das erste Mal, daß das EU-Parlament die Bewerbung einer Europäischen Bürgerinitiative verbiete. Ich bin einfach nur enttäuscht und geschockt von dieser Diskriminierung. Andere Initiativen haben freien Zugang in das EU-Parlament. Was ist mit uns? beschwerte sich Carina Broucek.

In weiterer Folge hat jetzt der Europäische Bürgerbeauftragte damit begonnen, den Fall näher zu untersuchen. Jugend für das Leben reichte beim Bürgerbeauftragten eine entsprechende Beschwerde ein, weil dieser für schwere Mängel in der Verwaltung der EU zuständig sei. Auch der Parlaments-Präsident wird Stellung nehmen müssen. Der EU-Abgeordnete Ewald Stadler, auf dessen Einladung Jugend für das Leben den Infostand durchführen wollte, reichte beim Präsidenten eine Beschwerde nach Artikel 29 der Geschäftsordnung ein. Wir sind schon sehr gespannt auf die Ergebnisse dieser Verfahren, schloß Carina Broucek. ■

### Quelle

Newsletter *Jugend für das Leben*  
vom 15. Juli 2013

REZENSION

# Rezeension

Lügen, Ultraschall  
und Wahrheit

VON DR. MANFRED M. MÜLLER



SUV

**V**ielleicht sind dies die spannendsten Geschichten: Wie jemand zur Wahrheit findet. Die Attraktion von Krimis - rührt sie nicht daher? Man will wissen, wer der Mörder ist, mit anderen Worten: Man will endlich die Wahrheit wissen. Doch was, wenn es nicht um Lektüre geht, sondern um das eigene Leben und die Lügen dieses Lebens?

Abby Johnson erzählt in ihrem Buch 'Lebenslinie' genau davon. Noch als Collegestudentin läßt sie sich als Ehrenamtliche von Planned Parenthood anwerben. Planned Parenthood: Das ist der größte Abtreibungskonzern Amerikas (der deutsche Ableger ist Pro familia). Abby, die meint, sie tue etwas Gutes, sie helfe den Frauen, steigt in der Firma Schritt für Schritt auf, bis sie schließlich die Klinikleiterin ist.

Acht Jahre arbeitet Abby in der texanischen Abtreibungsstätte. Es ist, wie sie selbst schreibt, „ein undurchdachtes Leben voller Ungereimtheiten und Widersprüche“. Tief drinnen in diesem Leben verdrängt sie etwa die Tatsache, daß sie selbst zwei Abtreibungen hat durchführen lassen, und dies, obgleich sie an christlichen Wertvorstellungen hängt.

Und dann passiert folgendes: Eines Tages wird sie gerufen, um bei einer Ultraschall-kontrollierten Abtreibung zu assistieren. Sie soll den Ultraschallkopf auf dem Bauch der Patientin halten. Sie tut es widerwillig. Am liebsten würde sie weglaufen. Aber sie bleibt. Und sie würde gerne wegsehen, nicht auf den Ultraschallschirm schauen; aber zugleich ist es ihr unmöglich, nicht zu beobachten. Und so kommt es, daß sie schließlich sieht. Zum erstenmal sieht sie den ganzen Schrecken. Sie sieht das Kind und das Sichwehren des Kindes und den furchtbaren Tod des Kindes. „Ich war erstarrt (...) Ich habe an eine Lüge geglaubt! Ich habe so lange blindlings für die ‚Unternehmens-Linie‘ Werbung gemacht. Warum? Warum habe ich nicht nach der Wahrheit gesucht? Warum habe ich meine Ohren gegenüber den Argumenten verschlossen, die

ich gehört habe? Oh mein Gott, was habe ich nur getan?“

Wenige Tage später kündigt Abby. Eine Lügenmauer nach der anderen stürzt ein. Die Abtreibungsfirma hängt ihr einen Prozeß an den Hals, den Abby gewinnt. Sie wird landesweit, gleichsam über Nacht, zu einer Medienperson.

Aber das eigentlich Unfaßbare ist dies: Gott, nach dessen Nähe sie sich in den vergangenen Jahren immer wieder gesehnt hatte, ist spürbar da. Zum Beispiel derart: Ihre rechte Hand, die den Ultraschallkopf gehalten hatte, beginnt einen Tag danach zu schmerzen, tut „unglaublich weh“, so daß sie kaum etwas damit zu halten vermag. Es ist Sonntagmorgen, und sie geht mit ihrem Mann in die Kirche. Wie so viele Male zuvor, trifft sie neuerlich das Beten der Worte des Schuldbekennnisses. „Als ich sie aussprach, fühlte ich, wie die Liebe und Vergebung Gottes hineinströmten. Meine Hand aber tat immer noch weh. Als der Pastor mit dem Tagesevangelium begann, traute ich meinen Ohren nicht. Er las aus Markus 9,43: Wenn deine Hand dir zum Ärgernis wird, so haue sie ab; es ist besser für dich, verstümmelt einzugehen ins ewige Leben, als mit zwei Händen hinabzufahren in die Hölle, in das nie erlöschende Feuer... Eine heilige Stille legte sich auf meine Seele. Wenn deine Hand dir zum Ärgernis wird. An diesem Morgen sprach Gott direkt zu mir. Denn meine Hand, die zum Ärgernis geworden war, die gesündigt hatte, tat immer noch weh, als ich diese Worte hörte. Nichts daran war Zufall. In diesem Augenblick bestätigte sich mir, daß Gott schon lange Zeit daran gearbeitet hatte, zu mir durchzudringen.“

Das Buch, das Abby Johnson über ihre Erfahrungen geschrieben hat, wurde in den USA ein Bestseller und machte Furore. Es erhellt in einfacher und zugleich atemberaubender Weise die durch nichts auszulöschende Gültigkeit der biblischen Zusage: Die Wahrheit wird euch frei machen. Die Wahrheit, nicht die Lüge.

Abby selbst faßt ihren Wunsch, der sie bei der Abfassung ihrer Lebensgeschichte leitete, in die Worte: „Wenn es etwas gibt, einen Samen, den ich in jeden einpflanzen möchte, der meine Geschichte hört, dann das: Gott verdient unser Vertrauen und unseren Gehorsam. Wenn wir ihm folgen, rollt er uns einen roten Teppich aus.“

### Textauszug

Obwohl ich seit acht Jahren bei Planned Parenthood arbeitete, war ich noch nie in den Untersuchungsraum gerufen worden, um dem medizinischen Team bei einer Abtreibung zu helfen, und ich hatte keine Ahnung, warum ich jetzt gebraucht wurde (...).

Soweit ich weiß, hatten wir in unserer Einrichtung niemals Ultraschall-kontrollierte Abtreibungen durchgeführt. Wir machten Abtreibungen nur samstags, das vorgegebene Ziel unserer Planned-Parenthood-Gesellschaft war es, an solchen Tagen fünfundzwanzig bis fünfunddreißig Prozeduren durchzuführen, und wir hatten sie gerne bis ungefähr 14.00 Uhr erledigt. Unsere übliche Vorgehensweise bei Abtreibungen dauerte etwa zehn Minuten. Wenn Sie versuchen, bis zu fünfunddreißig Abtreibungen an einem Tag zu terminisieren, fallen solche Extraminuten sehr ins Gewicht.

Vor dem Untersuchungsraum spürte ich ein bißchen Widerwillen. Ich hatte es nie gemocht, diesen Raum während einer Abtreibung zu betreten - und hatte nie für gut befunden, was hinter dieser Tür geschah. Aber da wir alle jederzeit bereit sein mußten, einzuspringen und die Sache zu erledigen, stieß ich die Tür auf und ging hinein.

Die Patientin war schon ruhiggestellt, bei Bewußtsein, aber groggy, das helle Operationslicht strahlte auf sie herunter. Sie war in Position gebracht, die Instrumente lagen sauber und ordentlich auf der Ablage neben dem Arzt, und die Schwester richtete gerade das Ultraschallgerät neben dem

Operationstisch ein. „Bei dieser Patientin werde ich eine Ultraschall-kontrollierte Abtreibung durchführen. Ich brauche Sie, um den Ultraschallkopf zu halten“, erklärte der Arzt.

Als ich den Ultraschallkopf in die Hand nahm und den Apparat einstellte, kämpfte ich mit mir selbst: Ich will nicht hier sein. Ich will mich nicht an einer Abtreibung beteiligen. Nein, falsche Einstellung - ich mußte mich für diese Aufgabe psychisch aufbauen. Also holte ich tief Luft und versuchte, mich in die Musik zu versenken, die aus dem leise im Hintergrund spielenden Radio klang. Das ist eine gute Erfahrung, davon kann ich lernen - ich habe noch nie eine Ultraschall-kontrollierte Abtreibung gesehen, sagte ich zu mir. Vielleicht hilft mir das, wenn ich Frauen berate. Ich kann aus erster Hand etwas über diese noch sicherere Methode erfahren. Außerdem ist es in ein paar Minuten vorbei.

Nie hätte ich mir vorstellen können, wie die folgenden zehn Minuten die Grundfesten meiner Werte erschüttern und den Verlauf meines Lebens ändern würden.

Gelegentlich hatte ich für Klientinnen einen diagnostischen Ultraschall durchgeführt. Das war einer der Dienste, die wir anboten, um Schwangerschaften festzustellen und zu klären, wie weit sie waren. Die Vertrautheit mit der Vorbereitung eines Ultraschalls dämpfte mein Unbehagen, in diesem Raum zu sein. Ich trug das Gleitmittel auf dem Bauch der Patientin auf und manövrierte dann den Ultraschallkopf hin und her, bis ihr Uterus auf dem Bildschirm erschien. Dann stellte ich die Position des Kopfes so ein, daß ich ein Bild des Fötus bekam.

Ich erwartete das zu sehen, was ich bei früheren Ultraschalluntersuchungen gesehen hatte. Normalerweise, abhängig davon, wie weit die Schwangerschaft war und wie der Fötus lag, sah man zuerst ein Bein, den Kopf oder eine Teilansicht des Körpers, und man mußte ein wenig hin- und hermanövrieren, um das bestmögliche Bild zu bekommen. Dieses Mal aber war das Bild komplett. Ich konnte das vollständige, perfekte Profil eines Babys sehen.

Genau wie Grace mit zwölf Wochen, dachte ich überrascht, mich an den allerersten Blick auf meine Tochter vor drei Jahren erinnernd, wie sie sich sicher in meinen Bauch kuschelte. Das Bild, das ich jetzt vor mir hatte, sah genauso aus, nur klarer, schärfer. Die Details erschreckten mich. Ich konnte das Profil des Kopfes genau erkennen, beide Arme, beide Beine, sogar feine Finger und Zehen. Es war einfach perfekt.

Die flüchtige, warme Erinnerung an Grace wurde von einer plötzlichen Angst abgelöst, die in mir aufkam. Was werde ich sehen? Mein Magen zog sich zusammen. Ich will nicht sehen, was hier passieren wird.

(...)

„Dreizehn Wochen“, hörte ich die Schwetser sagen, nachdem sie die Messungen zur Altersbestimmung des Fötus durchgeführt hatte.

„Okay“, sagte der Arzt mit einem Blick auf mich, „halten Sie während der Prozedur einfach den Kopf an Ort und Stelle, so daß ich sehen kann, was ich tue.“

Die kühle Luft im Untersuchungsraum ließ mich frösteln. Meine Augen starrten immer noch auf das Bild dieses perfekt gestalteten Babys, und ich konnte beobachten, wie etwas Neues auf den Bildschirm kam. Die Kanüle - das wie ein Strohhalm geformte Instrument, das am Ende des Saugschlauchs befestigt ist - war in den Uterus eingeführt worden und näherte sich dem Baby. Es sah auf dem Bildschirm aus wie ein Eindringling, völlig fehl am Platz. Falsch - es sah einfach falsch aus. Mein Herz schlug schneller. Die Zeit verging langsamer. Ich wollte nicht hinsehen, aber ich wollte auch nicht wegsehen. Es war nicht mehr möglich, es nicht zu beobachten. Ich war gleichzeitig geschockt und fasziniert, wie ein Gaffer, der langsamer fährt, wenn er an einem schrecklich zugewinkelten Autowrack vorbeifährt - eigentlich will er keinen verstümmelten Körper sehen, schaut aber trotzdem genau hin.

Meine Augen wendeten sich dem Gesicht der Patientin zu; Tränen flossen ihr aus den Augenwinkeln. Ich konnte sehen, wie sie litt. Die Schwester tupfte das Gesicht der Frau mit einem Tuch ab. „Einfach nur atmen“, sagte sie freundlich, „weiter atmen.“ „Es ist fast vorbei“, flüsterte ich. Ich wollte mich nur noch auf sie konzentrieren, aber meine Augen drängten zurück zum Bild auf dem Schirm. Zuerst schien das Baby die Kanüle nicht zu bemerken. Sie setzte sich sanft an der Seite des Babys fest, und für eine Sekunde spürte ich Erleichterung. Natürlich, dachte ich. Der Fötus empfindet keinen Schmerz. Das hatte ich unzähligen Frauen so versichert, wie man es mir bei Planned Parenthood beigebracht hatte. Das fötale Gewebe fühlt nichts, wenn es entfernt wird. Reiß dich zusammen, Abby. Das ist eine einfache, schnelle medizinische Prozedur. Mein Hirn arbeitete hart daran, meine Antworten zu kontrollieren, aber es gelang mir nicht, meine innere Unruhe in den Griff zu bekommen, die sich schnell in Entsetzen verwandelte, als ich auf den Bildschirm sah.

Denn die nächste Bewegung war die plötzliche Bewegung eines feinen Füßchens, als das Baby anfangen zu treten, so, als ob es versuchen wollte, sich von dem sich an ihm festsetzenden Eindringling wegzubewegen. Als die Kanüle hineingepreßt wurde, begann das Baby zu kämpfen, es drehte und wand sich heftig. Es erschien mir ganz eindeutig, daß der Fötus diese Kanüle fühlen konnte und daß ihm dieses Gefühl unangenehm war. Und dann drang die Stimme des Arztes durch, die mich erschreckte.

„Beam mich rauf, Scotty“, sagte er gut gelaunt zu der Schwester. Er meinte damit, sie solle den Sauger anstellen - bei einer Abtreibung wird er erst in Gang gesetzt, wenn der Arzt sicher ist, die Kanüle an der richtigen Stelle plziert zu haben. Ich hatte ein plötzliches Bedürfnis, „Stopp!“ zu schreien, die Frau zu schütteln und zu sagen: „Sieh, was mit deinem Baby passiert! Wach auf! Beeil dich! Halte sie auf!“ Doch genau in dem Moment, als ich diese Worte im Kopf hatte, blickte ich auf meine eigene Hand, die die Sonde hielt. Ich war einer von „denen“, die das hier taten. Meine Augen schossen

zurück auf den Bildschirm. Die Kanüle wurde vom Arzt bewegt, und jetzt konnte ich sehen, wie der feine Körper gewaltsam mitgedreht wurde. Für einen kurzen Moment sah es so aus, als ob das Baby ausgewrungen würde wie ein Tuch, herumgewirbelt und zusammengedrückt. Und dann brach der kleine Körper zusammen und begann vor meinen Augen in der Kanüle zu verschwinden. Das letzte, was ich sah, war die feine, perfekt geformte Wirbelsäule, wie sie in die Kanüle gesaugt wurde, und dann war alles weg. Die Gebärmutter war leer. Vollkommen leer.

Ich war erstarrt. Ohne es zu bemerken, ließ ich den Ultraschallkopf los. Er rutschte vom Bauch der Patientin auf ihr Bein. Ich konnte spüren, wie mein Herz hämmerte - so stark, daß mein Nacken dröhnte. Ich versuchte, tief Luft zu holen, konnte aber weder ein- noch ausatmen. Immer noch starrte ich auf den Bildschirm, obwohl er jetzt schwarz war, weil ich das Bild verloren hatte. Aber nichts davon realisierte ich. Ich war viel zu erschüttert und zu fassungslos, um mich zu bewegen. Ich registrierte den Arzt und die Schwester, die bei der Arbeit locker miteinander redeten, aber es hörte sich an, als wäre es weit weg, wie ein vages Hintergrundgeräusch, schwer zu hören bei dem Hämmern meines Blutes in meinen Ohren. Das Bild dieses kleinen, feinen Körpers, der zerrissen und weggesaugt wurde, spielte sich noch einmal in meinem Gedächtnis ab, gleichzeitig mit dem Bild von Graces erstem Ultraschall, als sie ungefähr dieselbe Größe hatte. (...)

Plötzlich fühlte ich die Blicke des Arztes und der Schwester auf mir. Das riß mich aus meinen Gedanken. Ich bemerkte, daß der Ultraschallkopf auf dem Bein der Frau lag, und hantierte damit herum, um ihn wieder an die richtige Stelle zu bringen. Aber jetzt zitterten meine Hände. „Abby, alles in Ordnung mit Ihnen?“ fragte der Arzt. Die Augen der Schwester forschten sorgenvoll in meinem Gesicht. „Ja, alles in Ordnung.“ Ich hatte den Ultraschallkopf immer noch nicht richtig plaziert und machte mir nun Sorgen, weil der Arzt nicht in den Uterus hineinsehen konnte. Meine rechte Hand hielt das Gerät, meine linke Hand lag behutsam

auf dem warmen Bauch der Frau. Ich warf einen Blick auf ihr Gesicht - noch mehr Tränen und ein schmerzvoller Gesichtsausdruck. Ich bewegte den Ultraschallkopf, bis ich das Bild ihrer jetzt leeren Gebärmutter wieder erfaßt hatte. Meine Augen wanderten zurück auf meine Hände, mit dem Gefühl, als wären es nicht meine eigenen. Wieviel Schaden haben diese Hände in den letzten acht Jahren angerichtet? Wie viele Leben sind ihrerwegen beendet worden? Was, wenn ich die Wahrheit gewußt hätte, was, wenn ich all diesen Frauen die Wahrheit gesagt hätte?

Was, wenn?

Ich habe an eine Lüge geglaubt! Ich habe so lange blindlings für die „Unternehmens-Linie“ Werbung gemacht. Warum? Warum habe ich nicht nach der Wahrheit gesucht? Warum habe ich meine Ohren gegenüber den Argumenten verschlossen, die ich gehört habe? Oh mein Gott, was habe ich nur getan? Meine Hand lag immer noch auf dem Bauch der Patientin, und ich hatte das Gefühl, daß ich ihr mit dieser Hand gerade etwas weggenommen hatte. Ich hatte sie beraubt. Meine rechte Hand begann zu schmerzen - ich fühlte einen echten physischen Schmerz. Und genau hier, als ich neben dem Tisch stand, mit meiner Hand auf dem Bauch der weinenden Frau, kam aus der Tiefe meine Seele der Gedanke: Niemals wieder! Nie wieder! ■

### *Bibliografische Daten*



**Abby Johnson**

*Lebenslinie. Warum ich keine Abtreibungsklinik mehr leite*

ISBN 978-3-86744-210-7

19,95 €



*Jedes Mal, wenn man wirklich aufmerksam ist,  
wird etwas Böses in einem zerstört.*

SIMONE WEIL



Buchempfehlung



Manfred Spieker,  
Christian Hillgruber  
und Klaus F. Gärditz

**Die Würde des Embryos**

Ethische und rechtliche Probleme der Präimplantationsdiagnostik und der embryonalen Stammzellforschung

Veröffentlichungen  
der Josef-Höffner-Gesellschaft im  
Ferdinand-Schöningh-Verlag

1. Aufl. 2012, 108 Seiten, kart.  
ISBN 978-3-506-77649-5

Ist die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik ein Weg zur Verhinderung von Krankheiten oder zur Vernichtung von Kranken? Führen die Präimplantationsdiagnostik und die embryonale Stammzellforschung zur Optimierung des Menschen oder in eine eugenische Gesellschaft?

Der Sozialethiker Manfred Spieker konfrontiert den Anspruch der Reproduktionsmediziner und der Politiker, durch die PID Krankheiten und Behinderungen zu vermeiden, mit der Menschenwürdegarantie, dem Lebensrecht, dem Diskriminierungsverbot Behinderter und dem Demokratieprinzip des Grundgesetzes.

Der Verfassungsrechtler Christian

Hillgruber geht dem Widerspruch zwischen dem verfassungsrechtlichen Verbot der PID und ihrer gesetzlichen Erlaubnis nach und plädiert nicht nur für eine neue Bewertung der Elternverantwortung von Eizellspenderin und Samenspende, sondern auch für neue rechtliche Wege bei der Verfassungsbeschwerde zur Wahrung des Lebensrechts.

Der Verfassungsrechtler Klaus Ferdinand sieht in der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes vom 18. Oktober 2012 zum Patentrecht gegen den Stammzellforscher Oliver Brüstle eine Verteidigung der Würde des Embryos, die für die ganze EU verbindlich ist. Er fragt nach den Folgen dieser Entscheidung für die embryonale Stammzellforschung.

**Medizin & Ideologie - alte Ausgaben**

Gerne sendet Ihnen die EÄA Restbestände alter Ausgaben von Medizin & Ideologie ab der Nummer I / 2005 auf schriftliche Anfragen zu.

Wir können Ihnen bedarfsweise auch noch 100 Exemplare und mehr von einzelnen Ausgaben übermitteln, wenn Sie zum Beispiel einen für Sie wichtigen Artikel aus einer Zeitschrift in ihrem Wirkungskreis gezielt weiter verteilen wollen.

Über einen Unkostenbeitrag als Spende und Unterstützung für die EÄA freuen wir uns jederzeit.

**Archiv**

Das Archiv der EÄA wächst!

**Zuwendungen:**

Die EÄA ist Ihnen dankbar, wenn Sie ihr Bücher, Schriften und Artikel zu Themen des Lebensrechts (Abtreibung, Verhütung, Sexualität; Homosexualität, In-Vitro-Fertilisation, Humanae vitae, Demographie, Hirntod, Euthanasie...)

oder auch persönliche Korrespondenzen dazu u.a. im Zusammenhang mit der EÄA zur Verfügung stellen.

**Nachlass von Dr.med. Siegfried Ernst:**

Wir sind fortlaufend damit beschäftigt, die von den Familienangehörigen im Vorjahr dankenswerter Weise überlassenen Unterlagen seines unermüdlichen Einsatzes für das Leben archivgerecht aufzubereiten.

**Elektronische Erfassung:**

Der 2011 verstorbene „Porno-Jäger“ Martin Humer hat dem von ihm gegründeten Verein der Europäischen Bürgerinitiative ein umfassendes Zeitgeschichtearchiv hinterlassen. Der Verein hat sich nachfolgend die Aufgabe gestellt, die fast 4000 Ordner zählende Sammlung zu scannen und mit dieser elektronischen Erfassung aller Dokumente die wissenschaftliche Bearbeitung zu erleichtern.

Die tiefe freundschaftliche Verbundenheit von Dr. S. Ernst und Martin Humer hat es mit sich gebracht, dass in diesem Archiv auch zahlreiche Unterlagen im Zusammenhang mit der Europäischen Ärzteaktion gesammelt worden sind. Diese Ordner sind inzwischen vorrangig elektronisch abgespeichert worden.

Weiters ist beabsichtigt, auch sämtliche Unterlagen aus dem Archiv der EÄA entsprechend aufzubereiten.

**Termine**

**Marsch für das Leben 2013 in Berlin**

Veranstaltungsdatum:  
21. September 2013,

Beginn um 13:00 Uhr mit einer Kundgebung vor dem Bundeskanzleramt

Weitere Informationen unter:  
[www.marsch-fuer-das-leben.de](http://www.marsch-fuer-das-leben.de)

**Hormone verändern die Welt – sind wir die letzte Generation?**

Vorträge mit Fragen

*Referenten:*

Dr. med. Gabriele Marx;  
Heinrich Ottinger;  
Dr.med.Elisabeth Edelsbrunner;

*Themen:*

Auswirkungen auf Umwelt/Tiere/Pflanzen Menschen; Geschichte der Pille; Natürliche Empfängnisregelung;

*Veranstaltungsdatum:*

28. September 2013; 9:00 – 16:00 Uhr

*Veranstaltungsort:*

Volksbildungsheim Schloss St. Martin, Kehlbergstraße 35, A-8054 Graz-Straßgang;

*öffentliche Verkehrsmittel:*

Linien 31, 33, 62;

*Unkostenbeitrag:* 25 €;

*Veranstalter:* Werk für menschenwürdige Therapieformen,

Info: 0664-88416696 sowie [www.wfmtf.net](http://www.wfmtf.net)

**Hormonelle Verhütung und ihre Auswirkungen auf Mensch und Umwelt**

Vortrag mit Diskussion

*Referent:*

Dr. med. Rudolf Ehmman; Schweiz

*Veranstaltungsdatum:*

Samstag, 9. November 2013; 14:00 – 18:00 Uhr

*Veranstaltungsort:*

Kolpinghaus Salzburg, Adolf-Kolping-Str. 10, A-5020 Salzburg in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof;

*Unkostenbeitrag:* 5€ pro Person

*Anmeldung erbeten unter:*

maria.eisl@familie.kirchen.net  
Tel: 0043-662-879613-12  
Kurzentschlossene sind jedoch herzlich willkommen!

*Veranstalter:*

Familienreferat der Erzdiözese Salzburg

**Sie möchten Leser von „Medizin & Ideologie“ werden oder die Zeitschrift an Freunde und Bekannte weiterempfehlen?**

Sie haben folgende Möglichkeiten, in unsere Adressdatei aufgenommen zu werden:

- Sie senden uns eine E-Mail an die Adresse: [aerzteaktion@t-online.de](mailto:aerzteaktion@t-online.de)
- Sie schreiben uns eine Postkarte an die Adresse: Europäische Ärzteaktion e.V., Postfach 200; A-5010 Salzburg
- Sie übermitteln uns Adressen von Interessenten aus Ihrem Bekanntenkreis per E-Mail oder auf dem Postweg.
- Wir sind Ihnen für die Weiterverbreitung von Medizin & Ideologie durch Ihre persönliche Empfehlung sehr dankbar, ersuchen Sie dazu aber um folgende Vorgangsweise:
  1. Hinweis an den neu gewonnenen Bezieher und dessen Zustimmung, dass er die Zeitung aufgrund Ihrer persönlichen Empfehlung erhalten wird. Der Zeitungsbezug ist zum Kennenlernen zunächst unverbindlich möglich.
  2. Übermittlung der vollständigen Adressdaten an die EÄA. Bitte um gute Leserlichkeit!
  3. Die Zustellung der Zeitung erfolgt dann laufend ohne ein erstmaliges Begleitschreiben an den neuen Adressaten

Sie spenden mittels beigelegten Erlagscheins auf eines unserer Konten und geben dabei für die Verwaltung der Beiträge Ihre vollständige Postadresse an.

**Medizin & Ideologie erscheint viermal jährlich.  
Das Projekt ist auf Ihre Spenden angewiesen.**

# MEDIZIN & IDEOLOGIE 02/13



## EUROPÄISCHE ÄRZTEAKTION

MITGLIED DER WORLD FEDERATION OF DOCTORS WHO RESPECT HUMAN LIFE

MITGLIED IM BUNDESVERBAND LEBENSRECHT (BVL)

---