

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 17 · Heft 4 · 2010

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Reproduktive
Gesundheit**
Reproductive Health

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzofer (Interne Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	255	
Aus aktuellem Anlass	257	Susanne Kummer Fragwürdiger Nobelpreis
	260	Friedrich Kummer Neue Richtlinien für Good Medical Communication Practice
Schwerpunkt	263	Walter Rella, Johannes Bonelli, Susanne Kummer Fünfzig Jahre „Pille“: Risiken und Folgen
	275	Siegfried Baur Wissenschaftliche Grundlagen der Natürlichen Familienplanung
	291	Angelika Pokropp-Hippen Psychodynamik im Schwangerschaftskonflikt
	305	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz Anderssein
	315	Katharina Westerhorstmann Geordnete Sexualität. Über die Tugend der Keuschheit
Diskussionsbeitrag	331	Hans-Bernhard Wuermeling Biopolitik: Vernebelung mit Wortmanipulation
Nachrichten	335	
Zeitschriftenspiegel	339	
Buchbesprechungen	341	

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: concept8, Schönbrunner Straße 55, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

Bankverbindung:

Bank Austria, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 30. November 2010

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Hauptverband der Österreichischen
Sozialversicherungsträger

Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des Heftes.

Vor 50 Jahren wurde in den USA die „Pille“ als das erste oral einzunehmende hormonelle Empfängnisverhütungsmittel zugelassen. Sexualität und Mutterschaft lassen sich seitdem so deutlich trennen wie noch nie zuvor in der Geschichte der Menschheit. Das Pathos der einstigen Verfechter der Pille als *dem* Instrument zur Frauenbefreiung ist mittlerweile verhallt. Auch sie müssen inzwischen zugeben, dass die Revolution im Schlafzimmer nicht nur einen gravierenden demographischen Wandel ausgelöst („Pillen-Knick“), sondern auch die Beziehung der Geschlechter nachhaltig verändert und binnen 50 Jahren zu einer kulturellen Umwälzung des Sexualverhaltens und der Medizin geführt hat – mit augenscheinlich nicht nur positiven Folgen.

Dass die Pille auch die Medizin an sich verändert hat, liegt auf der Hand: Zum ersten Mal in der Geschichte wurden (großflächig) nicht Kranke behandelt, sondern Gesunde – mit einem hochpotenten Hormonpräparat. Damit schlug die Stunde der Lifestyle-Medizin, einer Medizin, die sich von ihrer ursprünglichen Aufgabe als Heilkunst für Kranke zu einer Wunschliste für Gesunde zu entwickeln begann.

Alles in allem also Stoff genug, sich der Frage zu widmen, mit welchen Inhalten der seit der UNO-Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 etablierte Begriff des „Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit“ künftig zu füllen ist, wenn der Mensch zu einem „gesunden“ (um in dieser Diktion zu bleiben) Sexualverhalten gelangen will. Vermutlich wird so eine Analyse den inzwischen gängigen WHO-Interpretationen gegen den Strich gehen, wie der Mediziner H.-B. Wuermeling in seinem Diskussionsbeitrag zur Wortmanipulation in der Biopolitik analysiert.

Erst kürzlich hieß es angesichts einer Studie über den Libidoverlust bei Frauen nach Pilleneinnahme im *Journal of Sexual Medicine*: „Es ist schon eine Ironie, dass ausgerechnet die Frauen, die Medikamente nehmen, um aller reproduktiven Sorgen entoben zu sein, nicht darüber informiert werden, welche negativen Folgen für ihre Sexualität daraus entstehen könnten.“ Aus medizinischer Sicht verwundert die Tatsache, mit welcher Selbstverständlichkeit Frauen und Mädchen die Verantwortung über ihre

Fruchtbarkeit und damit einen Teil ihrer Persönlichkeit an ein Stück Pille delegieren. In einem auf die Nebenwirkungen der Pille fokussierten Artikel tragen die Mediziner W. Rella und J. Bonelli Daten und Fakten aus rezenten Studien zusammen – und legen gemeinsam mit S. Kummer eine zu diesem Thema wohl bislang einzigartige Übersicht im deutschen Sprachraum über die unerwünschten Neben- und Auswirkungen der Pille vor.

Seit Anfang der 1980er-Jahre besteht in der wissenschaftlichen und ärztlichen Welt wieder verstärktes Interesse an Methoden der Natürlichen Familienplanung (NFP). Begünstigt wurde diese Entwicklung dadurch, dass in der hoch technisierten und pharmakologisch dominierten Medizin selbst wie auch in der übrigen Gesellschaft ein neues Umweltbewusstsein und eine Skepsis gegenüber dem modernen Fortschrittsglauben erwachten. In diesem Rahmen erhielt auch die neu gegründete Arbeitsgruppe NFP in Deutschland vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag, in einer groß angelegten Studie die Bedingungen für eine sichere und autonome NFP-Anwendung zu untersuchen. Die Ergebnisse dieser Studie präsentiert S. Baur, Gynäkologe und selbst Mitglied dieser Forschergruppe. Er zeichnet auch die historische Entwicklung der NFP-Methoden nach und zeigt auf, warum dank vertiefter wissenschaftlicher Erforschung der Pearl-Index der Symptothermalen Methode (Rötzer) inzwischen gleich niedrig ist wie jener von hormonellen Antikonzeptiva.

Während die WHO unter dem Titel der Reproduktiven Gesundheit ein allgemeines Recht auf Abtreibung für Frauen fordert, legt die auf Posttraumatische Belastungsstörungen spezialisierte Ärztin A. Pokropp-Hippen die Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes dar und analysiert das die psychische Gesundheit gefährdende Potential der Abtreibung.

Sexualität ist mehr als Reproduktion. Sie ist dem Menschen als Tiefendimension eingeprägt, die ihm selbst zur Aufgabe wird. Die Philosophin H.-B. Gerl-Falkovitz geht der Frage der positiven Bedeutung des Mann- und Frauseins nach und zeigt, wovor die Konstruktion des geschlechtslosen Körpers eigentlich flieht.

Die Theologin K. Westerhorstmann analysiert die Voraussetzungen für einen leiblich und seelisch verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Sexualität. Darin wird klar, dass sich die Frage der Empfängnisregelung letztlich nicht mit einer möglichst nebenwirkungsfreien Methode beantworten lässt. Um Sexualität positiv ins Leben zu integrieren, braucht es Tugend.

S. Kummer

Susanne Kummer

Fragwürdiger Nobelpreis

A Questionable Nobel Prize

Am 10. Dezember wurde in Stockholm der Medizinernobelpreis 2010 feierlich an den britischen Mediziner Robert Edwards verliehen. Doch: Ist diese Auszeichnung für den „Vater von Millionen Kindern“, wie er mitunter in den Medien tituliert wurde, nicht besonders fragwürdig und ambivalent?¹

Edwards, der heute als 85-Jähriger im Seniorenheim lebt, begann in den 1950er-Jahren an Methoden der extrakorporalen Befruchtung zu arbeiten. Nach zahlreichen Fehlstarts gelang ihm 1969 gemeinsam mit dem 1988 verstorbenen Gynäkologen Patrick Steptoe die erste Befruchtung einer Eizelle im Reagenzglas; am 25. Juli 1978 kam das erste „Retortenbaby“, Louise Joy Brown, per Kaiserschnitt zur Welt, Brown, die inzwischen selbst Mutter ist, wurde als medizinische Sensation gefeiert. Gratuliert wurde nicht den Eltern, sondern den Ärzten. Ihnen und Dutzenden Labormitarbeitern, nicht den Eltern, verdankte sie ihre Existenz. Schätzungen zufolge leben heute rund 4,2 Millionen Menschen, die durch künstliche Befruchtung entstanden sind. „Seine Erfolge haben eine Behandlung der Unfruchtbarkeit möglich gemacht“, begründete das Karolinska-Institut in Stockholm den mit einer Million Euro dotierten Preis an Edwards. Bei der künstlichen Befruchtung im Reagenzglas handle es sich „um einen Meilenstein in der Entwicklung der modernen Medizin“, ethische Fragen werden ignoriert, ja die Überwindung dieser Fragen vom Nobelpreiskomitee geradezu als Verdienst gefeiert.

Klar ist: Unfruchtbarkeit ist eine schwere Belastung für Paare mit Kinderwunsch. Dass sie über ein durch künstliche Befruchtung entstandenes Kind glücklich sind, ist leicht nachvollziehbar. Und dass jede Person, gleich auf welche Weise sie zustande gekommen ist, Achtung verdient und die selbe Würde wie alle andere Menschen besitzt, bedarf

keiner zusätzlichen Erklärungen. Eltern und Retortenkinder werden sich deshalb logischerweise schwer tun, die IVF-Methode in Zweifel zu ziehen.

Dennoch: Was heißt Fortschritt? Ist jede technische Errungenschaft schon per se ein Fortschritt? Dürfen wir alles tun, nur weil wir es machen können?

Die katholische Kirche hat aus ihrer Ablehnung der In-vitro-Fertilisation nie ein Hehl gemacht. Durch diese Methode werde die Würde des Menschen ernsthaft verletzt. Zu dieser gehöre es, nicht auf technischem Wege „produziert“ zu werden, sondern aus der innigen personal-leiblichen Liebe seiner Eltern zu entstehen. Menschliche Fortpflanzung ist mehr als eine Technik der Reproduktion. Sie ist eine zutiefst intime, personale Begegnung von Mann und Frau, die in keiner Weise delegiert oder ersetzt werden kann. Das ist für das Kind von Bedeutung: Es ist nicht Produkt, Habe, sondern Geschenk, Gabe.

Die grundsätzlichen Warnungen vor den Auswüchsen der Fortpflanzungsmedizin sind inzwischen allesamt eingetreten – trotz hochmoralischster Beteuerungen der federführenden Wissenschaftler. Interessant ist, dass die Methode zu Beginn innerhalb der Scientific Community – und nicht nur von der katholischen Kirche – kritisiert wurde.

Dass die IVF-Methode ethisch nicht rechtfertigbar ist, hielten Edwards seinerzeit etwa der Nobelpreisträger James Watson und der jüdische Bioethiker Leon Kass vor. Kass argumentierte, das Verfahren von Edwards sei nicht therapeutisch – die Frauen würden auch nach der Behandlung steril bleiben, selbst wenn sie aufgrund der implantierten Embryonen ein Kind gebären würden. Und James Watson machte Edwards klar: „Sie können ihre

Arbeit nur weiterführen, wenn Sie die Notwendigkeit von Infantiziden akzeptieren.“

Dass man bei den Techniken der Befruchtung im Reagenzglas die hohe – bewusst in Kauf genommene – Todesrate von Embryonen stillschweigend hinnimmt, bestätigt, so das jüngste kirchliche Dokument *Dignitas Personae* (2008), „dass der Ersatz des ehelichen Aktes durch eine technische Prozedur nicht nur unvereinbar ist mit der geschuldeten Achtung vor der Fortpflanzung, sondern auch dazu beiträgt, das Bewusstsein der gebührenden Achtung vor jedem Menschen zu schwächen.“² Viel Erfolg kann die Technik auch nach fast 40 Jahren nicht versprechen: Von den als lebensfähig ausgewählten Embryonen wird nur einer von drei oder mehr überleben.

Die Kinder aus dem Reagenzglas sind nicht direkte Frucht der Liebe der Eltern, sondern höchstens indirekt. Sie sind direktes Ergebnis einer Technik und eines Produktionsprozesses. Die Verantwortung für das neue Leben geht von den Eltern zu den Produzenten – Ärzten und Laborspezialisten – über. Das große Wunder der Entstehung des Lebens bleibt dagegen unerklärbar. Vor diesem Wunder verbeugt sich nach wie vor jede menschliche Vernunft – selbst wenn Edwards nach eigenen Aussagen meint, die IVF habe bewiesen, dass Wissenschaftler und nicht Gott für die Entstehung von Leben verantwortlich seien.³

Was mit der In-vitro-Fertilisierung 1978 gelungen ist, ist allein die Entmystifizierung und gleichzeitig die Technifizierung der Entstehung des Lebens. Der vorgeburtliche Mensch muss den Mutterschoss gegen die Petrischale tauschen, wo er von Technikern geprüft und getestet wird, bis diese entscheiden, ob er die Chance bekommen soll, weiterzuleben.

„Die Kirche hält den Wunsch nach einem Kind für berechtigt, und sie versteht die Leiden der Ehepaare, die mit Problemen der Unfruchtbarkeit konfrontiert sind. Dieser Wunsch kann jedoch nicht höher stehen als die Würde jedes menschlichen Lebens – bis zu dem Punkt, die Herrschaft darüber zu

übernehmen. Der Wunsch nach einem Kind kann nicht seine „Produktion“ rechtfertigen, so wie der Wunsch, ein schon empfangenes Kind nicht zu haben, nicht dessen Aufgabe oder Vernichtung rechtfertigen kann“⁴, betont *Dignitas Personae*.

Der Präsident der Päpstlichen Akademie des Lebens, Bischof Ignacio Carrasco de Paula, selbst Mediziner, attestiert zwar Edwards hohen Forschergeist, er habe aber „die falsche Tür geöffnet“. Es ist bedauerlich, dass das Nobelpreiskomitee in seiner Entscheidung die negativen Entwicklungen, die ohne die Verotechnisierung der Weitergabe des menschlichen Lebens undenkbar wären, übergangen hat und ethische Überlegungen, die 40 Jahre nach Einführung der Methode dringender denn je anzustellen wären, geradezu ausgeblendet hat. Dazu gehören u. a. die Herstellung und Lagerung von Millionen so genannter „übriggebliebener“ tief gefrorener Embryonen, das Problem der Leihmutterchaft und die damit verbundene Ausbeutung von Frauen, die Produktion von Kindern auf Bestellung, der – inzwischen auch via Internet – international organisierter Eizellenhandel, die Selektion von Embryonen sowie der Anspruch des Rechts auf ein gesundes Kind.

Mit der Stiftung der Nobelpreise wollte der schwedische Forscher und Großindustrielle Alfred Nobel (1833 – 1896) einen Konflikt lösen, der sein Leben bestimmte: Der Dynamit-Erfinder konnte nicht verwinden, dass seine Entdeckung für den Krieg genutzt wurde. Als „Wiedergutmachung“ vermachte er sein Vermögen einer Stiftung, aus deren Zinsen Preise für jene Entdeckungen finanziert werden sollten, die „der Menschheit den größten Nutzen geleistet haben“. Angesichts der IVF-Technik, die die absolute Herrschaft von Menschen über Menschenleben einschließt, also eine Neuauflage von Sklaverei im 21. Jahrhundert – hätte wohl ein anderer den Nobelpreis verdient.

Referenzen

- 1 Gierth M., *Den einen Segen, den anderen Fluch*, Rheinischer Merkur vom 7. Oktober 2010

- 2 Kongregation für die Glaubenslehre, Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik, 8. September 2008, 16
- 3 Interview mit Robert Edwards, London Times, 24. Juli 2003
- 4 *Dignitas Personae* 16, siehe Ref. 2

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Friedrich Kummer

Neue Richtlinien für Good Medical Communication Practice

New Guidelines for Good Medical Communication Practice

Dem Einfluss der Informationstechnologie kann sich heute niemand entziehen - ob privat oder im beruflichen Umfeld. Das trifft auch auf Ärzte und Patienten zu. Information und Werbung sind im Zuge dieser Entwicklung immer enger verstrickt, denn Information soll auch das Interesse an Personen, Gesinnungen und Produkten wecken.

Dieser Werbeprozess ist längst nicht mehr auf das Modell des marktschreierischen Anpreises beschränkt (wie noch vor zwei Generationen), sondern ist interaktiv geworden, und dies dank Internet und damit dem Wegfall örtlicher und zeitlicher Begrenzungen. Für den Anbieter ist durch zahllose Links die Möglichkeit der Zusatz- und Detailinformation gegeben, während der Konsument den Vergleich zwischen verschiedenen Angeboten mitunter übersichtlich einsehen kann.

Was Wunder, dass auch Ärzte den Zugang zur Selbstbewerbung suchten, der ihnen hierzulande als „nicht standeswürdig“ lange verwehrt war. Man hat die Portale zu Arztpraxen auf dem indischen Subkontinent belächelt und fotografiert, wenn dort bis zu 20 oder mehr „Diplomas“ und „Degrees“ aus aller Welt die Fähigkeiten des Inhabers gegenüber den Konkurrenten herausstreichen sollten - und insgeheim bedauert, nicht auch in der Heimat sein Licht auf einen öffentlichen Leuchter stellen zu dürfen (Ärztegesetz 1976 § 9/1, Werbeverbot).

Diese Regelung wurde in den letzten Jahrzehnten immer mehr aufgeweicht: Ärzte wandelten ihre Ordinationen in Institute oder gar „Kliniken“ um, stellten sich selbst als Primarius an und betrieben Werbung im Sinne der „Firma“. Das Stichwort „Werbeverbot“ kommt im Österreichischen Ärztegesetz 1998 nicht mehr vor, an seine Stelle (§ 53/1) trat das Verbot der „unsachlichen, unwahren, das

Standesansehen beeinträchtigenden Information“ (vgl. Artikel 1 von „Arzt und Öffentlichkeit“, Richtlinie beschlossen von der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 12.12.2003).

Unsere deutschen Nachbarn gehen nun einen neuen Weg. Die gravierenden Veränderungen des ärztlichen Berufsbildes sind im Oktober 2010 zum Anlass für eine Stellungnahme der „Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin“ (Zentrale Ethikkommission, ZEK) der deutschen Bundesärztekammer geworden.¹ Im Folgenden wird diese Stellungnahme erläutert und mit eigenen Feststellungen ergänzt.

Der in der Deklaration von Helsinki 1964 festgeschriebenen „Good Medical Practice“ ist nun eine „Good Medical Communication Practice“ zur Seite zu stellen. Zu den rein ökonomischen Aspekten der Führung einer Arztpraxis wird festgestellt, dass durch die mageren Verträge mit gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV, ähnlich wie hierzulande) ein Trend zur individuellen Gesundheitsleistung zu beobachten ist, die nicht von der GKV getragen werden (analog den Leistungen im „kassenfreien Raum“, die von den Patienten selbst bezahlt werden müssen).

Wenn also etwas auf dem Gesundheitssektor nicht „auf Krankenkasse“ geht, sondern auf die eigene Tasche fällt, wird es zur „Ware“, wobei der Preis variabel nach Ort und Anbieter und damit auch verhandelbar ist. Meist handelt es sich dabei um Anti-Ageing, kosmetische Chirurgie, Lifestyle, Wellness bis hin zu Neuroenhancement, wobei der Arzt zum Gesundheitsberater degradiert wird. Andererseits werden die Ärzte selbst konkurrenzorientierten Bewertungsformen unterworfen, die im Internet abrufbar sind, wie „Die 100 besten Ärzte“

und ähnliches mehr.

Bezüglich ökonomischer Information ist zwischen konkreter, nicht profitorientierter Sachinformation (wie medizinische Leistungen einer Anstalt, Kontakte für Selbsthilfeorganisationen) und jenen Internet-Portalen zu unterscheiden, die von industriellen Sponsoren erstellt werden und offen kommerziell orientiert sind.

Explizite Werbung wurde in Deutschland für die freien Berufe liberalisiert, wenn auch in jenen Grenzen, die im geltenden österreichischen Ärztegesetz (§ 53/1, siehe oben) formuliert sind. Es ist aber zu bedenken, dass Werbung nicht nur auf Bedürfnisse reagiert, sondern diese auch weckt. Wenn also Patienten mit Informationen überschwemmt werden, die das kritische Verständnis des Laien übersteigen bzw. falsche Hoffnungen wecken (Werbung für „wunscherfüllende Medizin“, Enhancement etc.), dann kommt es zur weiteren Entkopplung der Arzt-Patienten-Beziehung, bis hin zur Gesundheitsgefährdung der letzteren.

Aus ethischer Sicht ist festzuhalten, dass das spezifische Verhältnis von Arzt und Patient sich von anderen Dienstleistungs- und Informationsverhältnissen unterscheidet. „Medizinische Informationen und Leistungen sind nicht Dienstleistungen wie alle anderen. Grundsätze wie ‚nihil nocere‘ und ‚neminem laedere‘ gelten für ärztliche Werbung und Kommunikation nicht weniger als für die eigentliche ärztliche Behandlung“, betonen die Autoren.²

Die neuen Kommunikationstechniken können unbestreitbare Vorteile für Ärzte und Patienten mit sich bringen, wenn sie der vernünftigen Kontrolle nicht verlustig gehen. Diese besteht für den Patienten z. B. im Kontakt mit Leidensgenossen (über Selbsthilfegruppen) und in der Einholung einer „zweiten Meinung“ bezüglich der eigenen Erkrankung; für den Arzt bestehen sie im schnellen Zugang zu einer Vorabinformation bzgl. neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie. Andererseits kann schwerlich nachvollzogen werden, wenn diese Möglichkeit zur Selbstinformation der Patienten in den USA gleich als „na-

tional goal“ bezeichnet wurde.³ Die Gefahr von zu viel und unselektierter Information ist zweifellos gegeben, inklusive der mangelnden Unterscheidbarkeit von mehr oder weniger seriösen Angeboten, woraus Missverständnisse, Fehlverhalten bis zum Verzicht auf die notwendige Konsultation des Arztes resultieren können.

Doch auch für den Arzt ist es nicht erstrebenswert, sich der an einem Irrtum festhaltenden Patienten zu erwehren (Hypo-, nein: Cyber-chonder).

Für die *ethische und rechtliche Bewertung* ist festzuhalten, dass Grundsätze wie *nil nocere* und *neminem laedere* auch für die ärztliche Werbung gelten müssen. Die persönliche Integrität und das Recht auf Selbstbestimmung sind zentrale ethische Prinzipien. Der Patient, der die Werbung gleich wie alle anderen Formen der Information für seine Gesundheit, Heilung, Vorbeugung etc. nutzen kann, darf nicht enttäuscht werden und muss weit entfernt vom Verdacht gehalten werden, im Arzt einem profitorientierten Vermarkter von Gesundheitsleistungen zu begegnen.

Rechtlich erlaubt und ethisch unbedenklich ist es, wenn ein Arzt mit seinen Zusatzqualifikationen, Profilen und fundierten wissenschaftlichen Erfahrungen wirbt, grundsätzlich auch mit Leistungen im „kassenfreien Raum“ nach exakter Aufklärung des Patienten über die Kosten-/Nutzen-Abwägung. Die Umgehung bzw. Missachtung derartiger Prinzipien ist unerlaubt, sowie auch die Berufung auf „Ärzte-Rankings“, aufdringliche Werbung („... der beste Arzt weit und breit...“), Angebote für stationäre Durchuntersuchung oder Gesundheitscheck in einer Privatklinik, womöglich unter Vermischung von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen und/oder Gewährung von Rabatten bei periodisch wiederholten Maßnahmen (analog Service-Vertrag o. ä.). Besonders heikel ist die Werbung mit Ausnutzung der Schwäche und Unsicherheit der Adressaten, wie Kinder, Jugendliche und psychisch labile Personen. Problematisch ist bekanntlich die Werbung mit kosmetischen Operationen, wenn keine offenkundige körperliche Beeinträchtigung

vorliegt und der Verdacht besteht, einem Modetrend oder dergleichen Rechnung tragen zu wollen. Hier besteht die Gefahr, dass eine latente Neurose (Dysmorphophobie) zu einer ganzen Serie von weiteren Eingriffen „ausgenutzt“ werden kann. Dem kann der verantwortungsbewusste Operateur begegnen, indem er präoperativ eine psychiatrische Exploration zur Regel macht.

Zusammenfassend: Die Stellungnahme der ZEKO betont, dass die neuen Techniken größere Spielräume für die qualitätsgesicherte ärztliche Information geschaffen haben, wobei rechtliche Rahmenbedingungen für die saubere Trennung gegenüber reinen Werbemaßnahmen sorgen müssen. Erlaubt ist, was der zusätzlichen Information und dem Vertrauen zwischen Arzt und Patient dient; verboten ist, was die Gesundheit und persönlichen Rechte des Patienten gefährdet. Das Arzt-Patienten-Verhältnis setzt nach wie vor und unabdingbar den persönlichen Kontakt voraus, der durch Internet und eMail nicht ersetzbar ist. Im Sinne der „Good Medical Communication Practice“ müssen die neuen Techniken und Medien zu einem bestmöglichen Informationsfluss zwischen Arzt und Patient ausgeformt werden, zum Schutz des letzteren im Hinblick auf seine Würde und Autonomie.

Referenzen

- 1 Stellungnahme der „Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin“ (Zentrale Ethikkommission, ZEKO) der deutschen Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 2010 (107/42: 2063-2068)
- 2 ebd.
- 3 US-Department of Commerce, XV/2002

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
fkummer@imabe.org

Walter Rella, Johannes Bonelli, Susanne Kummer

Fünfzig Jahre „Pille“: Risiken und Folgen

Fifty Years of "The Pill": Risks and Consequences

Zusammenfassung

Hormonelle Empfängnisverhütungsmittel zählen heute zu den best untersuchten, aber auch auf komplexeste Weise wirkenden Substanzen in der Medizin. Es erstaunt aber doch einigermaßen, dass die Auswirkungen dieser Hormoneinnahmen über Jahrzehnte kaum in das öffentliche Bewusstsein gedrungen sind. Eine ganze Reihe von Angriffspunkten im weiblichen Organismus und eine erhebliche Zahl von Risiken, Neben- und Wechselwirkungen sind bekannt geworden. Davon sind kardiovaskuläre Risiken, ein erhöhtes Risiko für bestimmte Karzinome und Libidoverlust am augenfälligsten. Die versprochene sexuelle Befreiung der Frau ist nicht eingetreten, sondern das Gegenteil ist der Fall. Aus der angekündigten Lust ohne Last wurde für die Frau eine Last ohne Lust. Darüber hinaus hat die Pille die Beziehung der Geschlechter nachhaltig geprägt. Im Folgenden werden somatische und psychische Nebenwirkungen der Pille anhand neuerer Studien dargestellt.

Schlüsselwörter: Thromboembolie, Mammakarzinom, Schlaganfall, Nidationshemmung, Libidoverlust

Abstract

Hormonal contraceptives are among the best examined and most complex working substances in medicine. However, it is surprising that for several decades, public authorities have paid little attention to the effects of these hormonal applications. In that time, a range of impacts and a considerable number of risks, side effects and interactions have been discovered within the female organism. Among these, the most prominent are cardiovascular risks and specific carcinogenic risks, as well as a loss of female sexual desire. The promise of female sexual liberation did not occur, but rather its opposite: pleasure without any burden has been transformed into a burden without pleasure. In addition, the pill has had a lasting influence on sexual relationships. In the following article, we present various somatic and psychological side effects of combined hormonal contraceptives based on evidence from recent epidemiological studies.

Keywords: Thromboembolism, Breast Cancer, Stroke, Post-Fertilisation Effects, Female Sexual Dysfunction

Dr. Walter Rella
Küb Nr. 12, A-2671 Küb
walter@rella.at

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
bonelli@imabe.org, skummer@imabe.org

Einleitung

Vor 50 Jahren kam in den Vereinigten Staaten das erste oral einzunehmende hormonelle Empfängnisverhütungsmittel, die sog. Anti-Baby-Pille, auf den Markt. Anfangs wurde sie zurückhaltend und kritisch aufgenommen, schon bald aber enthusiastisch beworben und verbreitet. Erstmals in der Geschichte kam es so zu einer großflächigen Abgabe von hochpotenten, aber wenig geprüften Medikamenten an gesunde und vorwiegend junge Menschen. Aus ärztlicher Sicht muss wohl festgehalten werden, dass es sich bei der Einführung der Pille um ein einzigartiges Novum insofern gehandelt hat, als deren Verschreibung durch einen Arzt im Allgemeinen nicht in die Kategorie „Heilbehandlung“ eingereiht werden kann, sondern im Gegenteil: Hier wird ein hochpotentes Hormonpräparat mit erheblichen Nebenwirkungen an gesunde Frauen verabreicht, das deren Empfängnisfähigkeit denaturiert. Aus dieser Perspektive wird der Auftrag des Arztes zur Heilung von Krankheiten in sein Gegenteil verkehrt.

Mittlerweile ist die Pille zu einer weiblichen Generationserfahrung geworden.¹ Gegenwärtig nehmen, laut WHO, rund 100 Millionen Frauen die Anti-Baby-Pille ein. Allein in Österreich sind es rund 40% der gebärfähigen Frauen.

Im Zuge ihrer Massenverbreitung sind auch die Risiken und Folgewirkungen der Pille immer deutlicher hervorgetreten. Immer noch werden diese in der Öffentlichkeit indes verharmlost oder verschwiegen, obwohl hormonelle Kontrazeptiva mittlerweile zu den am besten untersuchten Substanzen in der Medizin zählen. Rund 150 Angriffspunkte im weiblichen Organismus und eine unübersehbare Zahl von Wechselwirkungen sind bekannt.² Darüber hinaus hat die Pille die Beziehung der Geschlechter nachhaltig geprägt und binnen 50 Jahren eine kulturelle Revolution ungeahnten Ausmaßes hervorgerufen. Im Folgenden wird versucht, anhand neuester Studien und Analysen nüchtern die somatischen, psychischen und soziologischen Probleme, die durch die Massen-

verbreitung von Anti-Konzeptiva entstanden sind, aufzuzeigen und eine Perspektive für ihre Lösung zu bieten.

Somatische Nebenwirkungen

Kardiovaskuläres Risiko

Die vorhandenen Studien zeigen, dass je nach dem Typ der Anwenderinnen, mehr oder weniger bedeutsame Risiken gegeben sind und dass diese Risiken mit der letzten Pillengeneration nicht kleiner geworden sind.

Anfangs erregten die kombinierten Kontrazeptive (KK) – bestehend aus Östrogenen und Progestagenen – Angst, weil sie das kardiovaskuläre Risiko (Thromboembolien und Infarkte) erhöhten. Man dachte, dass bloß der Östrogenanteil dafür verantwortlich wäre und reduzierte sukzessive die enthaltene Östrogendosis, und zwar von über 50 µg (1. Generation) auf 50 µg (2. Generation) und schließlich 30 µg (3. Generation). Außerdem wurden neue synthetische Progestagene eingeführt: Levonorgestrel in der zweiten Generation und Gestoden, Norgestimat oder Desogestrel in der dritten.

In der Tat meinte man, dass KK der dritten Generation kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko mehr aufwiesen. Mitte der 1990er-Jahre musste man nach Vorliegen der Ergebnisse großer Studien und Metaanalysen aber erkennen, dass die Anwendung von KK der dritten Generation (z. B. Minulet, Gynovin, Marvelon) insbesondere mit einem erhöhten venösen Thromboserisiko verknüpft war.³ Das ist deshalb von Bedeutung, weil bei Frauen unter 40 Jahren Venenthrombosen etwa fünfmal häufiger vorkommen als arterielle thrombotische Verschlüsse. Tatsächlich ist das Thromboserisiko mit Anwendung von KK der 3. Generation etwa doppelt so hoch als mit Präparaten der 2. Generation. Dieses zusätzliche Risiko war ausschließlich den neuen gestagenen Inhaltsstoffen zuzuschreiben. Das gleichzeitig erniedrigte Risiko arterieller Verschlüsse kann diesen Nachteil nicht wettmachen.

Mittlerweile ist klar, dass alle KK das venöse Thromboserisiko erhöhen. Das absolute Risiko ist bei jungen und gesunden Frauen gewiss klein,

weshalb Erkrankungsfälle, die auf die Einnahme von KK zurückzuführen sind, bei diesen Frauen selten sind. Immerhin kann das Risiko bei Frauen mit Übergewicht, Hypertonie, Diabetes oder Nikotinabusus deutlich, und zwar multiplikativ, erhöht sein.⁴ Zum Beispiel beträgt das relative Infarktisiko von KK-Anwenderinnen 2,5, von Raucherinnen, die keine KK einnehmen, 8,0 und von KK Anwenderinnen, die rauchen, 20,0. (Das Relative Risiko (RR) ist eine Zahl, die angibt, um wie viel wahrscheinlicher eine Erkrankung bei Pillenanwenderinnen auftritt, im Vergleich zu Nicht-Anwenderinnen. Ein Wert über 1 bedeutet ein erhöhtes Risiko. Ist der RR zum Beispiel 1,5, so bedeutet das, dass die Anwenderinnen von KK ein um 50% höheres Risiko aufweisen, die betreffende Erkrankung zu entwickeln.)

Weiters steigt das Risiko für periphere Venenthrombosen, Pulmonalembolien oder zerebrale Thrombosen bei Anwenderinnen von KK dramatisch, wenn eine genetische Thromboseneigung besteht. Das betrifft Frauen mit einer Faktor-V-Leiden-Mutation (etwa 4% aller Frauen) ebenso wie Thrombophilien anderer Genese, wie z. B. ein Mangel an Antithrombin, an Protein C, oder an Protein S, sowie bei Mutation des Gens für Prothrombin, bei Homocysteinämie oder bei Antikörpern gegen Phospholipide. Da nach solchen Veränderungen nicht systematisch gefahndet wird, bleibt durchwegs ungewiss, ob eine prospektive Anwenderin von KK einer dieser Gruppen mit thrombophiler Neigung zugehört oder nicht.

Angesichts dieser Problematik wurde in den letzten Jahren eine vierte Pillengeneration entwickelt. Diese enthält entweder nur mehr 15 – 20 µg Ethinylöstradiol oder aber reines Östradiol, welches ein geringeres Thromboserisiko aufweist. Zur Vermeidung von Zwischenblutungen muss es mit einem stark Endometrium-wirksamen Gestagen kombiniert werden. Dafür eignen sich das neu entwickelte Drospirenon (Handelsname: Yasmin) oder Dienogest (Handelsname: Valette), deren kardiovaskuläres Risikoprofil aber noch ungenügend bekannt ist. Daneben sind auch Präparate mit dem älteren,

risikoärmeren Levonorgestrel, kombiniert mit 30 µg Ethinylöstradiol (z. B. „Madonella“) verstärkt am Markt, zumal ihr Preis deutlich gesunken ist.

Um das kardiovaskuläre Risiko zu relativieren, wird gerne darauf hingewiesen, dass eine Schwangerschaft mit einem viel höheren relativen Risiko behaftet sei und die Pille somit, indem sie eine Schwangerschaft verhütet, auch deren gesundheitliche Risiken verhindern würde. Eine solche Argumentation geht zunächst einmal davon aus, dass die Verhinderung von Nachkommen gleich hoch zu bewerten ist wie das Austragen und die Geburt von Nachkommen. Indes geht eine solche Gleichung schon für die Nachfolgeneration nicht mehr auf. Sie würde sozusagen ewiges Leben einer Generation voraussetzen. Abgesehen davon ist der Vergleich irreführend. Denn er suggeriert, es gäbe als Alternative zur Pille nur das Inkaufnehmen einer Schwangerschaft. Der korrekte Vergleich lautet aber nicht: Gesundheitsrisiko Pille vs. Gesundheitsrisiko Gravidität, sondern: Gesundheitsrisiko Pille vs. Gesundheitsrisiko Natürliche Empfängnisregelung (NER). Dabei zeigt die NER eindeutige Vorteile gegenüber hormonellen Kontrazeptiva: Sie ist ohne Nebenwirkungen und hat bei korrekter Anwendung eine am Pearl-Index (PI) gemessene annähernd gleiche Sicherheit.⁵

Kanzerogenes Risiko

Die International Agency for Research on Cancer (IARC) und die World Health Organisation (WHO) haben schon 1999 Kombinierte Kontrazeptiva (KK) zu erwiesenen Karzinogenen der Gruppe 1 für den Menschen erklärt.

Zu seiner Entkräftung wird behauptet, dass ein erhöhtes Risiko für das Mammakarzinom durch ein vermindertes Risiko für das Ovarial- und Gebärmutterkarzinom wettgemacht werde. In Wirklichkeit ist aber das Mammakarzinom sehr häufig und die anderen beiden Karzinome sind viel seltener, was bedeutet, dass ein Schutz vor dem Seltenen bei gleichzeitiger Förderung des Häufigen netto eine ungünstige Wirkung ergibt.

Nicht alle epidemiologischen Studien weisen bei Anwenderinnen von KK ein erhöhtes Risiko für das Mammakarzinom auf. Fast alle derartigen Studien sind vom Typ der Fall-Kontroll-Studien, d. h. es wird das Auftreten einer bestimmten Erkrankung bei Anwenderinnen und Nicht-Anwenderinnen von KK verglichen. Ein solches Studien-Design ist für Irrtümer und falsche Zuschreibungen jeglicher Art anfällig, wodurch die Ergebnisse ungültig werden können. Jedenfalls ist es schwer, einen wirklichen Kausalzusammenhang auf diese Weise nachzuweisen.

Alle Zweifel könnten ausgeräumt werden, wenn prospektive randomisierte klinische Studien durchgeführt würden. Dabei würde der Würfel entscheiden, welche Frauen die KK zu nehmen hätten und welche nicht. Nach dem Gesetz der Wahrscheinlichkeit wären dabei beide Gruppen bis auf das Merkmal der Anwendung von KK gleich. Das wäre ein sehr robustes Studiendesign, würde aber eine Laufzeit über Jahrzehnte erfordern und Zigtausend Frauen einschließen müssen, da das Mammakarzinom bei Frauen unter 50 Jahren nur mit einer Häufigkeit von zirka 1:3000 pro Jahr auftritt. Deshalb schien eine solche Studie außer Reichweite.

Immerhin ist das Mammakarzinom jenseits der Menopause viel häufiger, und es gab vonseiten vieler Spezialisten die Empfehlung, die Abnahme der Hormonspiegel jenseits der Menopause mithilfe von ähnlichen Hormonen zu ersetzen, wie sie auch in der KK in Verwendung sind. In der Tat stellte zu Beginn der 1990er-Jahre die Hormonersatztherapie in der Menopause die am häufigsten verordnete pharmakologische Behandlung in den Vereinigten Staaten dar. Unter diesen Voraussetzungen war daher eine prospektive randomisierte Studie für diese Art der Behandlung machbar.⁶

In einer der bisher größten Studien mit dem Fokus auf Frauen in der Post-Menopause (Women's Health Initiative) wurden über 5 Jahre, von 1997 bis Juli 2002, über 16.000 Frauen eingeschlossen, von denen die Hälfte eine kombinierte Hormonersatztherapie erhielt, die andere Hälfte nicht. Die auf

einen Beobachtungszeitraum von 8 Jahren ausgelegte Studie wurde vorzeitig abgebrochen, als sich ein signifikant höheres Risiko für das Mammakarzinom unter den Hormonanwenderinnen herausstellte. Das Risiko eines Mammakarzinoms war unter der Hormontherapie um 26% höher als unter Placebo. Die Hormone lieferten auch ein um 29% erhöhtes Risiko für Myocardinfarkte, weiters eine Zunahme von Schlaganfällen um 41% und von Pulmonalembolien um 113%. Seltener waren hingegen osteoporotische Frakturen (minus 24%) und die Inzidenz von kolorektalen Karzinomen (minus 37%). Per Saldo war die Bilanz negativ und veranlasste ein Umdenken in der klinischen Praxis. Heute wird eine Hormonersatztherapie während der Menopause nur mehr in Einzelfällen angewandt. Nicht so jedoch die Anwendung von KK, obwohl diese im Vergleich zur Hormonersatztherapie die sechsfache (!) Wirkdosis beinhalten.

Es scheint daher ziemlich logisch anzunehmen, dass eine längere Einnahme von KK, die Östrogene enthalten, das Risiko für das Mammakarzinom erhöht. Die Östrogene fungieren wahrscheinlich nicht als Induktoren, sondern als Promotoren für das Karzinom. Es ist wohlbekannt, dass eine verstärkte Exposition gegenüber Östrogenen von einem erhöhten Risiko begleitet ist. Natürlicherweise sind Frauen mit früher Menarche und später Menopause längere Zeit dem östrogenen Einfluss ausgesetzt, und genau bei diesen tritt das Mammakarzinom häufiger auf. Die Korrelation zwischen KK Einnahme und Inzidenz des Prämenopausalen Mammakarzinoms ist bei jenen Frauen am größten, die vor ihrer ersten Entbindung KK länger als 4 Jahre eingenommen haben. Das Relative Risiko liegt hier bei über 1.5.

Schwangerschaft und Stillzeit führen zu einem besseren Ausreifen des Drüsengewebes und zu einer geringeren Anfälligkeit für das Karzinom.⁷ Prämenopausale Karzinome sind in der Regel aggressiver und schwerer zu behandeln als postmenopausale.

Auffällig ist auch die konstante Beobachtung, dass, je länger in bestimmten Ländern von KK

Gebrauch gemacht wird, sich parallel dazu die Inzidenz des Mammakarzinoms erhöht.⁸ In den westlichen Industriestaaten ist die Inzidenz des Mammakarzinoms seit 1970 auf das doppelte gestiegen, während sie im ostasiatischen Raum, wo die Pille wenig in Gebrauch ist und erst spät eingeführt wurde, gleich geblieben ist. Die Ergebnisse der Hormonstudien während der Menopause belegen ebenfalls, dass die KK das Auftreten des Mammakarzinoms begünstigen.⁹ Außerdem erhöhen KK das Risiko für das Zervixkarzinom, wobei allerdings der Kausalzusammenhang hier ein indirekter ist, insofern als Pillenanwenderinnen zu erhöhter Promiskuität neigen und diese wiederum die Ansteckungsrate mit dem Humanen Papilloma Virus (HPV) erhöht, für welches ein Kausalzusammenhang mit dem Zervixkarzinom erwiesen ist.¹⁰

Andererseits gibt es keinen Zweifel, dass KK das Risiko für das Ovarialkarzinom herabsetzen. Auch ein möglicher schwacher Schutz vor dem kolorektalen Karzinom scheint nach den Ergebnissen von Fall-Kontroll-Studien innerhalb derselben Risikogruppe gegeben zu sein. Dennoch war die Inzidenz entzündlicher kolorektaler Erkrankungen unter Einnahme von KK signifikant erhöht.¹¹ Insgesamt ergibt sich, unter Beachtung der Häufigkeit der verschiedenen Erkrankungen, per Saldo ein ungünstiges Risikoprofil für die Anwenderinnen der Pille, das sich mit der Dauer der KK Einnahme verstärkt. In der Tat ist bei Frauen, die KK über mindestens 8 Jahre angewandt haben, das kanzerogene Risiko für sämtliche bösartige Tumore, mit Ausnahme des Ovarialkarzinoms, erhöht. Dem trägt auch ein neues Gutachten der WHO aus dem Jahre 2005 Rechnung, welches die KK als erwiesene Karzinogene führt.¹²

Tab. 1 führt die aufgrund von Metaanalysen erhobenen Relativen Risiken (s. o.) für kardiovaskuläre Erkrankungen und maligne Erkrankungen an. Während ein Wert über 1 ein erhöhtes Risiko ausweist, die betreffende Erkrankung zu entwickeln, zeigt umgekehrt ein Wert unter 1 einen Schutz an. Entsprechend bedeutet ein RR von z. B. 0,7 ein um

30% herabgesetztes Risiko für Anwenderinnen von KK für die betreffende Erkrankung.

In der Tabelle werden die in verschiedenen Metaanalysen gefundenen RR verglichen. Jede einzelne Metaanalyse beruht auf der Zusammenfassung von 5 bis 15 Studien. Die Ergebnisse der einzelnen Studien weisen oft große Unterschiede auf. Insbesondere überrascht die Beobachtung, dass Studien, die von Pharmafirmen mitfinanziert waren, vielfach ein günstigeres Risikoprofil nahelegen.

Angegeben ist auch die Wahrscheinlichkeit, mit der die betreffende Erkrankung vor dem 60. Lebensjahr einer Frau auftritt. Die Tabelle ordnet die Erkrankungen nach der Häufigkeit ihres Auftretens.

Verlängert die Pille das Leben?

Auf Grund der derzeitigen Datenlage kann nicht behauptet werden, dass durch die Einnahme von hormonellen Kontrazeptiva das Leben verlängert wird.

In einem vom Institut für Sozialmedizin der Universität Wien im Jahre 1993 herausgegebenen Konsensusbericht „Die Pille – Fakten zur oralen Kontrazeption“¹³ wird noch davon ausgegangen, dass die Mortalität bei 15- bis 59-jährigen österreichischen Frauen, die die Pille über mehrere Jahre eingenommen haben, um 20 bis 30 Fälle pro Jahr insgesamt geringer wäre als bei Frauen, die keine Pille eingenommen haben. Unter Einbeziehung neuerer Daten aus Tab. 1 stellt sich allerdings heraus, dass in der Tat die Mortalität unter Pillenanwenderinnen um mindestens 60 Fälle pro Jahr höher liegt als bei Nichtanwenderinnen. Dieses Szenario war im genannten Konsensusbericht nur als höchst unwahrscheinliche Variante 4 geführt worden.

Eine im British Medical Journal (BMJ) jüngst veröffentlichte Studie untersuchte retrospektiv die Mortalität von Frauen, die in Großbritannien in den späten 1960er- und 1970er-Jahren die Pille angewandt hatten im Vergleich zu jenen, die sie im selben Zeitraum nicht verwendet hatten.¹⁴ Die u. a. von zwei Pharmafirmen gesponserte Studie versuchte also einen direkten Nachweis für die lebensverlängernde Wirkung der Pille zu erbrin-

gen. Es fand sich in der Tat ein relatives Risiko zugunsten von Anwenderinnen der Pille von 0.88 (KI 0.82 – 0.93). Das heißt, dass über den gesamten Beobachtungszeitraum von 39 Jahren 88 Anwenderinnen im Vergleich zu 100 Nicht-Anwenderinnen verstorben waren. Wie die Autoren selber zugeben, sind diese Zahlen für Verwechslungen und falsche Zuschreibungen offen und wurden auch heftig kritisiert. Insbesondere fehlen jegliche biometrische

Daten, wie z. B. Blutdruck oder Körpergewicht, für einen stichhaltigen Vergleich. Bekanntlich wird Hypertonikerinnen und Diabetikerinnen die Pille kaum verschrieben. Auch lag die Follow-Up Quote bei nur zwei Drittel. Immerhin wies die Studie nach, dass im Zeitraum zwischen 5 und 9 Jahren nach Pilleneinnahme das relative Mortalitätsrisiko um 76% höher lag als bei Nichtanwenderinnen desselben Alters und Rauchverhaltens. Sofern also

Häufige Erkrankungen	Erkrankungsrisiko bis zum 60. Lebensjahr	Metaanalyse	RR (KI 95%) ^a	Kommentar
Hypertonie	25% – 30%	Circulation (1996); 94: 483	1.8 (1.5 – 2.3)	Risiko nur während der Anwendung
Myokardinfarkt	10% – 15%	J Clin Endocrin Metab (2005); 90: 3863	1.8 (1.4 – 2.4)	Eingrenzung auf KK mit niedrigem Östrogengehalt
Schlaganfall	7% – 10%	JAMA (2000); 284: 72	2.1 (2.6 – 2.9)	Risiko nur während der Anwendung
Mammakarzinom	5% – 6%	Mayo Clin Proc (2006); 81: 1290	1.2 (1.1 – 1.3)	Höheres Risiko während der Entbindung
Venöse Thromboembolie	2,5% – 5%	Thromb Haemost (2005); 94: 17-25	3.1 (2.2 – 6.4)	KK der 2. und 3. Generation gemeinsam
Kolorektales Karzinom	2% – 4%	Hum Reprod Update (2009); 15: 489	0.8 (0.7 – 1.0)	grenzwertig signifikant
Seltene Erkrankungen				
Zervixkarzinom	2% – 3%	Lancet (2002); 359: 1085	2.8 (1.5 – 5.4)	weitere Erhöhung des Risikos bei langer Anwendung
Ovariakarzinom	1% – 2%	Lancet (2008); 371: 303	0.7 (0.7 – 0.8)	weitere Erhöhung des Risikos bei langer Anwendung
Endometriumkarzinom	< 1%	Obstet Gynecol (1995); 85: 793	0.3 – 0.5 ^b	abhängig von der Anwendungsdauer

Tab. 1: Auswirkung der Anwendung von KK auf das Risiko häufiger Erkrankungen

^a KI 95%: Konfidenzintervall (Vertrauensbereich): Es kann darauf vertraut werden, dass der wahre Wert des Relativen Risikos mit 95%iger Wahrscheinlichkeit innerhalb des angegebenen Bereiches liegt.

^b Es handelt sich um eine Metaanalyse älteren Datums ohne Angabe des Vertrauensbereiches.

überhaupt aus der Studie ein Schluss möglich ist, müsste er im Gegenteil behaupten, dass die Pilleneinnahme eine höhere Mortalität bewirkt.

Risiko einer frühabtreibenden Wirkung

Evidenz der Güteklasse II belegt, dass die frühabtreibende Teilwirkung 0,5% – 4% der Gesamtwirkung von KK ausmacht.

Der primäre Mechanismus der hormonellen Kontrazeption mittels oraler KK besteht in der Hemmung der Ovulation. Dieser Mechanismus ist jedoch nicht immer wirksam. Wenn Durchbruchovulationen auftreten, treten sekundäre Mechanismen vor oder nach Fertilisation in Aktion, die eine klinisch wahrnehmbare Schwangerschaft verhindern können. In jedem Beipackzettel von KK wird erwähnt, dass KK den Tubentransport verlangsamen und die Empfänglichkeit des Endometriums für die Einnistung eines Keimlings beeinträchtigen. Es erweist sich jedoch als schwierig, und im Einzelfall unmöglich, die Bedeutung dieser Post-Fertilisations-Effekte relativ zu den die Empfängnis verhindernden Mechanismen abzuschätzen. Mithilfe theoretischer Überlegungen und aufgrund indirekter Hinweise ist es jedoch möglich, das Potential einer nidationshemmenden Wirkung von KK einzugrenzen.

Offensichtlich hängt die Rate der Durchbruchovulationen von der Verlässlichkeit der Pilleneinnahme ab. Mit jeder vergessenen Pille, besonders zu Beginn der Packung, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Durchbruchovulation. Aber nicht nur das Vergessen der Pille, sondern auch ihre Interaktion mit anderen Medikamenten, der Grad ihrer Resorption und ihrer Verstoffwechslung wie auch der Konzentration von Trägerproteinen im Blut und von Rezeptoren im Gewebe spielen eine Rolle. Deshalb kommt es auch bei perfektem Gebrauch der Pille gelegentlich zu Durchbruchovulationen.

Wichtig ist, dass primäre und sekundäre Mechanismen der Pillenwirkung nicht Hand in Hand gehen. Denn die Wirkung von KK auf den Eierstock

ist eine indirekte im Wege der Beeinflussung von Hypothalamus und Hypophyse (HPO-Achse). Die Wirkung von KK auf den Muttermund, das Endometrium und die Tuben ist hingegen eine direkte. Darüber hinaus ist das Endometrium ein sehr komplex aufgebautes Gewebe, dessen Funktion stark vom korrekten Timing der einwirkenden Sexualhormone abhängig ist. Die Einrichtung und Lösung der Schleimbarriere im Muttermund ist hingegen ein einfacher Vorgang, der innerhalb von 36 Stunden zwischen Durchlässigkeit und Undurchlässigkeit zu wechseln vermag. Kommt es also zu einer Durchbruchovulation, dann werden die endogenen Hormone sehr leicht die Schleimbarriere lockern, sodass Spermien in den Eileiter aufsteigen können. Das falsche Timing der mit den KK verabreichten Hormone bewirkt hingegen eine nachhaltige Störung im Aufbau des Endometriums, die durch einen vorübergehenden östrogenen Einfluss nicht wieder ins Lot gebracht werden kann. Es wird daher ein nach einer Durchbruchovulation und bei gelockerter Zervixbarriere fertilisiertes Ei auf ein Endometrium treffen, das in seiner Entwicklung gestört und für die Aufnahme eines Keimlings nicht vorbereitet ist. Ein solcher zunächst nur theoretisch hergeleiteter Mechanismus ist nicht von der Hand zu weisen.

Studien haben gezeigt, dass insbesondere nach Absetzen von KK das Endometrium eine längere Zeit für seine Regenerierung benötigt (3 – 6 Monate), während die Hemmung der Ovulation und erst recht die Zervixbarriere schon früher entriegelt sind.¹⁵ Ein Potential für eine nidationshemmende Wirkung ist daher besonders in den ersten Wochen und Monaten nach Absetzen von KK gegeben. Weiters ist zu bemerken, dass die neueste Generation von KK, die sehr niedrig dosierte Östrogene (< 30 µg), aber hochpotente Gestagene enthalten, leichter zu Durchbruchovulationen führt und eine stärkere Unterdrückung des Endometriums bewirkt. Auch bei dieser neuen Pillengeneration ist daher von einer größeren Relevanz der nidationshemmenden Wirkung auszugehen.

Für die einzelne Anwenderin von KK lässt sich das nidationshemmende Risiko nicht bestimmen. Durchschnittlich jedoch ist damit zu rechnen, dass in Abhängigkeit von der Verlässlichkeit der Pilleneinnahme das Risiko zwischen 0.5% (bei perfektem Gebrauch) und 4% (bei nachlässigem Gebrauch) – bezogen auf die Gesamtwirkung – beträgt. Diese Zahlen stützen sich auf einen Pearl Index von 0.3 bis 8 bei beliebigen Anwenderinnen von KK, eine Rate von Durchbruchovulation zwischen 1.7% und 28.6% pro Zyklus, sowie darauf, dass aufgrund der größeren Sensibilität der Zervix auch nach einer Durchbruchovulation eine Fertilisation in 4 von 5 Fällen ausbleibt.¹⁶

In Abb. 1 ist ein mögliches Szenario für die nidationshemmende Wirkung aufgrund lückenhafter Einnahmedisziplin von KK dargestellt.

Weitere Hinweise für ein bestehendes nidationshemmendes Risiko kommen von IVF-Versuchen. Bei diesen hat sich herausgestellt, dass das Endometrium eine Mindestdicke von 5 mm aufweisen muss, damit eine erfolgreiche Implantation eines Keimlings stattfinden kann.¹⁷ Die durchschnittliche Dicke des Endometriums bei Anwenderinnen

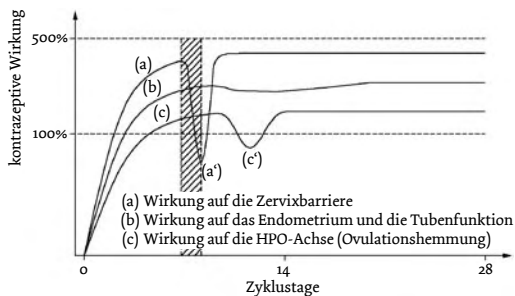


Abb. 1: Wirkprofil eines oralen Kontrazeptivums bei ungestörter Pharmakokinetik/Pharmakodynamik und lückenhafter Einnahmedisziplin. An den schraffierten Tagen wurde die Medikation ausgelassen (z. B. vergessen, erbrochen etc.). Als Folge davon öffnet sich die Zervixbarriere (Bereich a'). Auch die HPO Achse wird vorübergehend entriegelt, sodass sich ein Tertiärfollikel bilden kann, der von den hypothalamisch-pituitären Signalen unabhängig wird und einige Tage später (Bereich c') springt. Das falsch zubereitete Endometrium und ein ungenügender Tubentransport (b) können die Nidation eines Keimlings verhindern.

von KK beträgt hingegen nach mehrmonatigem Gebrauch nur 1.1 mm.¹⁸ Ebenso wurde beobachtet, dass bei Anwenderinnen von KK die Expression von Integrinen, die für eine normale Empfänglichkeit des Endometriums unerlässlich sind, grob gestört ist.¹⁹ Die Tatsache, dass bei Anwenderinnen von KK die Rate ektopischer Schwangerschaften, wie z. B. eine Eileiter-Schwangerschaft, 4- bis 5-fach erhöht ist – wobei KK den Tubentransport verzögern, ohne aber die Rezeptivität der Tubenschleimhaut, im Unterschied zur Endometriumsschleimhaut, wesentlich zu beeinträchtigen –, lässt vermuten, dass Post-Fertilisationseffekte bei Anwenderinnen von KK wirksam sind.²⁰

Die mögliche nidationshemmende Potenz darf im Interesse eines „informed consent“ gegenüber den Anwenderinnen nicht verschwiegen werden und ist gegebenenfalls als schwerwiegende Nebenwirkung zu betrachten, wenn KK vorwiegend für nicht kontrazeptive Zwecke – etwa die Behandlung zu starker oder zu häufiger Regelblutungen oder eine Endometriose – verschrieben werden.

Eingriff in die Psyche

Sowohl aufgrund ihrer unnatürlichen hormonellen Zusammensetzung als auch aufgrund einer Verschiebung der empfängnisverhütenden Verantwortung zu Lasten der Frau können KK die partnerschaftlichen und sexuellen Beziehungen von Paaren negativ beeinflussen.

Wie schon erörtert, bewirken KK eine Ovulationshemmung nicht auf direktem Wege, sondern über komplexe Mechanismen, die über zentralnervöse Zentren im Hypothalamus und über die Hypophyse laufen. Diese Zentren stehen ihrerseits mit Strukturen in Verbindung, welche die emotionale Stimmung und Befindlichkeit steuern. Auch der natürliche Zyklus wird über diese Zentren und noch höher gelegene zentralnervöse Strukturen geregelt. Dem entspricht, dass Frauen im Verlaufe ihres Zyklus Schwankungen in der Stimmung und dem geschlechtlichen Verlangen aufweisen, was sich seinerseits darin ausdrückt, dass, wie Studien belegen, ein frei gewählter Intimverkehr bevorzugt

während der fruchtbaren Zyklustage stattfindet. Eine extrovertierte Stimmung und ein gesteigertes Verlangen wird durch endogene Östrogene und Androgene angeregt, während Gestagene eher die umgekehrte Wirkung aufweisen.

In den Pillenformeln von KK ist der gestagene Anteil bereits von Anfang an und über die gesamte Einnahmedauer enthalten, und die endogene Östrogen- und Androgenproduktion wird unterdrückt. Das an ihrer Stelle verabreichte künstliche Ethinylöstradiol hat im Gegensatz zu seinem natürlichen Konterpart keine positiv psychotrope Wirkung mehr. Überdies wird durch KK die Synthese von Androgenen – die die Libido anregen – im Ovar gehemmt. Es überrascht daher nicht, dass die Pilleneinnahme auch die Psyche beeinflusst und im Allgemeinen das sexuelle Interesse und Verlangen mindert.²¹ Am Anfang mag noch ein Gefühl der „Befreiung“ überwiegen und bei entsprechend harmonischer partnerschaftlicher Beziehung das sexuelle Bedürfnis unbeeinträchtigt oder sogar gesteigert sein. Je länger jedoch die Pilleneinnahme währt, und je mehr der Frau bewusst wird, dass sie allein es ist, die die Last der Empfängnisverhütung zu tragen hat, oder wenn partnerschaftliche Beziehungsprobleme oder exogene Belastungen hinzukommen, dann kommen die negativen Auswirkungen der Gestagenkomponente von KK auf die Psyche verstärkt zum Durchbruch. Es stellen sich Pillenmüdigkeit und ein häufigeres Vergessen der Pille ein. Besonders Frauen, die KK vorwiegend genommen haben, um z. B. eine Akne oder ein prämenstruelles Syndrom zu behandeln, erleben ihre verflachte und gedämpfte Stimmung stärker und neigen eher dazu, die Pille wieder abzusetzen. Ein Ausbruch manifester Depressionen kann sich nur bei Frauen einstellen, die bereits eine Veranlagung dafür besitzen. Ob dies der Fall ist, ist jedoch im Vorhinein nur selten bekannt. Generell bleiben die psychischen Auswirkungen von KK besonders den jungen Anwenderinnen oft unbewusst, sie nehmen sie als ihrer Natur entsprechend hin. Erst wenn es eine Veranlassung gibt, die Pille abzusetzen, bemerken sie, wie sehr sie

in ihrer Psyche beeinflusst worden waren.²²

Eine der wenigen prospektiven, randomisierten Studien zur Frage des sexuellen Wohlbefindens unter Pilleneinnahme wurde an sterilisierten Paaren in Edinburgh und Manila durchgeführt.²³ Es zeigten sich einerseits signifikante ethnische bzw. kulturelle Unterschiede und andererseits, dass ein primär hoher Level an sexueller Zufriedenheit durch die Pille deutlich herabgesetzt wird, während bei einem niedrigen Ausgangslevel keine weitere negative Auswirkung mehr nachweisbar ist. Im Design der Studie war der Faktor des Bedürfnisses nach Empfängnisverhütung primär ausgeklammert, wodurch erst die reine Pillenwirkung messbar wurde.

Eine Arbeit jüngerer Datums zeigt, dass die Konzentration von die Sexualhormone bindendem Globulin (SHBG) im Blut von Langzeitanwenderinnen bis auf das 4-fache steigt. Auch nach Absetzen der Pille bleibt SHBG bis zu einem Jahr lang erhöht und führt dazu, dass natürliches Testosteron im Blut der Frau vermehrt abgebunden und weniger zur Wirkung kommt. Auf diese Weise kann die Libido von Frauen auch nach Absetzen der Pille nachhaltig gestört bleiben.²⁴

Neuerdings haben Pharmafirmen den verbreiteten und durch KK mitverursachten Libidoverlust ihrerseits als Markt für eine medikamentöse Therapie entdeckt und bieten zu diesem Zweck bestimmte Antidepressiva an. Dass dadurch der Teufel mit Beelzebub ausgetrieben wird, wird wohl niemand bezweifeln.

Weitere Neben- und Wechselwirkungen

KK können unangenehme Nebenwirkungen haben und stehen mit einer Reihe von Medikamenten in Wechselwirkung.

In jedem Beipackzettel von KK ist eine lange Liste von Neben- und Wechselwirkungen angeführt. Die mit je 5% – 15% häufigsten sind neben Zwischenblutungen in der Anfangsphase Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwächegefühl und ein Spannungsgefühl in der Brust. Auch eine Gewichtszunahme kann störend empfunden werden.

Nicht selten wird daher nach einer Probezeit von 3 – 6 Monaten die Pillenformel entweder gewechselt oder überhaupt abgesetzt. Weniger offensichtlich sind die Auswirkungen der verschiedenen Gestagene auf den Stoffwechsel (Lipidstoffwechsel und Glukosetoleranz) und – wegen ihrer gefäßverengenden Potenz – auf den Blutdruck.

Hinsichtlich der Wechselwirkungen mit Medikamenten (Antiepileptika, Antibiotika, Analgetika, Tranquilizer und Antidepressiva – um nur die häufigsten zu nennen) kommt der Enzymmodulation in Leber und Darm, sowie der Enzymkompetition bei der Ausscheidung hohe funktionelle Bedeutung zu, da dadurch die Wirkspiegel der verabreichten Hormone wie auch der Medikamente erheblich verändert werden können. Auch gewöhnliche Nahrungsmittel (z. B. Grapefruit), pflanzliche Wirkstoffe (z. B. Johanniskraut) und insbesondere Alkohol können entscheidenden Einfluss auf die Wirkspiegel der Hormone haben und gegebenenfalls, insbesondere bei niedrig dosierten KK, zu einem Wirkungsverlust führen oder andererseits die Wirkung des Äthinylöstradiols in gefährlicher Weise steigern. Diese Zusammenhänge sind im Einzelfall kaum abschätzbar und verursachen eine Unberechenbarkeit in der Wirkung und den Nebenwirkungen von KK.

Die kulturelle Dimension

Die sexuelle Befreiung der Frau ist ausgeblieben.

„50 Jahre Antibabypille: Sexuelle Befreiung auf Rezept“, so titulierte ein deutsches Nachrichtenmagazin den Jahrestag der Anti-Baby-Pille.²⁵ Mit dem Slogan „Lust ohne Last“ und dem abschreckenden Beispiel der „Mehrfachmutter, die hin und her gerissen ist zwischen der Angst vor weiteren Schwangerschaften und der Sorge, dass der Mann sich von ihr abwenden könnte, wenn sie sich ihm verweigert“ (Der Spiegel, 1964), sowie mit der Aussicht, dass Abtreibungen von nun an der Vergangenheit angehören würden, wurde seinerzeit für die Pille geworben. Außerdem beförderte sie die Gesundheit der Frau, sei ihre Einnahme doch viel weniger ge-

fährlich als eine Schwangerschaft (vgl. dazu Kommentar oben).

Was ist von diesen Versprechungen geblieben?

Aus der Lust ohne Last wurde für die Frau eine Last ohne Lust. Denn von nun an hatte sie allein die Last der Verhütung zu tragen und bezahlte dies noch dazu mit der lustmindernden Folgewirkung der Pille. „Wir haben sexuell verfügbarer zu sein als je zuvor“, klagte schon 1977 Alice Schwarzer und befand sich damit unversehens auf einer Linie mit den damals gerade folgenlos verklungenen Einwänden der Katholischen Kirche. Wäre es nicht die Pille, wäre sie ob ihrer Nebenwirkungen auch schon längst vom Markt verschwunden. Denn mit bis zu 20 Todesfällen pro 100.000 Anwenderinnen liegt sie weit über den Kriterien, nach denen üblicherweise das Nutzen-Risiko Verhältnis vergleichbarer Medikamente beurteilt wird.

In der als „Ulmer Denkschrift“ bekannt gewordenen Schrift des Gründers der „Europäischen Ärzteaktion“, Siegfried Ernst, protestierten im Jahr 1964 über 400 Ärzte und Hochschullehrer gegen die mit der Einführung der Pille einhergehende Verhütungspropaganda in Deutschland. Sie warnten öffentlich und gegenüber der damaligen CDU-Gesundheitsministerin, Elisabeth Schwarzhaupt, davor, dass zwangsläufig die Einführung eines solchen Präparates und die damit verbundene Trennung von Sexualität und Fortpflanzung zu tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen führen würden und prophezeiten die Verwandlung Deutschlands „in ein sterbendes Volk“.²⁶ Diese Stimmen wurden nicht gehört, aber man beklagte im Laufe der folgenden Jahre, dass immer weniger Kinder in Deutschland geboren wurden.

Inzwischen hat die Realität die Prophezeiungen längst ein- und überholt. Der Zusammenhang zwischen der dramatisch gesunkenen Geburtenrate in der westlichen Welt und dem sprichwörtlichen „Pillen-Knick“ liegt auf der Hand. Seit 1972 ist in Deutschland die jährliche Sterbeziffer höher als die Geburtenziffer. Regierungen versuchen mit finanziellen Anreizen Kinder zu erkaufen, der Erfolg

ist bescheiden. Denn nirgends in der Europäischen Union, mit Ausnahme von Island und Irland, erreicht die Kinderzahl pro Frau die notwendige Reproduktionsrate von 2.1. EU-weit lag die Fruchtbarkeit im Jahre 2008 bei 1.56.²⁷

Die Zahl der Abtreibungen ist aufgrund moderner Verhütungsmethoden nicht gesunken, sondern gestiegen, da promiskuitives Verhalten gefördert und damit das nicht geplante oder nicht erwünschte Kind zum „Pillen-Unfall“ geworden ist. Frühabtreibungen, die durch die Pille und neuerdings in vermehrtem Maße durch die „Pille danach“ ausgelöst werden, sind dabei noch gar nicht eingerechnet.

Die Versprechungen der Pillenbefürworter haben sich also, zum Teil dramatisch, in ihr Gegenteil verkehrt. Angesichts der Wirkungen der Pille als ernsthaft gesundheitsgefährdender Risikofaktor, der Veränderung von Frauen in den Zustand einer „Dauerschwangerschaft“ mit entsprechenden psychischen Problemen usw. ist es Zeit, die Lage nüchtern zu betrachten. Aus der Public-Health-Perspektive sollte man sich trauen, von der „reproduktiven Krankheit“²⁸ statt von „reproduktiver Gesundheit“ zu sprechen, und ideologiefrei alle Probleme, die durch die Massenverbreitung von Anti-Konzeptiva entstanden sind, aufzeigen.

Referenzen

- 1 Silies E.-M., *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960 – 1980*, Wallstein, Göttingen (2010)
- 2 Taubert H.-D., Kuhl H., *Kontrazeption mit Hormonen, Ein Leitfaden für die Praxis*, Thieme, Stuttgart (1995)
- 3 Van Hylckama V. A. et al., *The venous thrombotic risk of oral contraceptives. Effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study*, Br Med J (2009); 339: b2921-b2929
- Kemmeren J. M., Algra A., Grobbee D. E., *Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis*, Br Med J (2001); 323: 131-134
- 4 Farley T. M. M., Collins J., Schlesselman J. J., *Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease*, Contraception (1998); 57: 211-230
- 5 Baur S., *Wissenschaftliche Grundlage der NFP, Imago Hominis* (2010); 17: 275-289, hier: S. 285
- Frank-Herrmann P. et al., *The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study*, Hum Reprod (2007); 22: 1310-1319
- 6 Heiss G. et al., *Health risks and benefits 3 years after stopping randomized treatment with estrogen and progestin*, J Am Med Ass (2008); 299: 1036-1045
siehe auch Women's Health Initiative, <http://www.nhlbi.nih.gov/whi/index.html>
- 7 Russo J. et al., *Cancer risk related to mammary gland structure and development*, Microsc Res Tech (2001); 52: 204-223
- Newcomb P. A. et al., *Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer*, N Engl J Med (1994); 330: 81-87
- 8 National Cancer Institute, *SEER Cancer Statistics Review 1975-2007*, National Cancer Institute, Bethesda, MD, <http://www.seer.cancer.gov/>
- 9 siehe Ref. 6
- 10 Walboomers J. M. M., Jacobs M. V., Manos M. M., *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide*, J Pathol (1999); 189: 12-19
- 11 Cornish J. A. et al., *The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease. A meta-analysis*, Am J Gastroenterol (2008); 103: 2394-2400
- 12 WHO International Agency for research on cancer, *IARC Press Releases 2005*, <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2005/index.php>
- 13 Schwarz B. et al., *Die Pille – Fakten zur oralen Kontrazeption. Konsensusbericht*, Facultas, Wien (1993)
- 14 Hannaford P. C. et al., *Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study*, Br Med J (2010); 340: c927
- 15 Bracken B. M. et al., *Conception delay after oral contraceptive use: the effect of the estrogen dose*, Fertil Steril (1990); 53: 21-24
- 16 Rella W., *Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts*, IMABE, Wien (1994)
- Larimore W. L., *Postfertilisation effects of oral contraceptives and their relationship to informed consent*, Arch Fam Med (2000); 9: 126-133
- 17 Noyes N. et al., *Endometrial thickness appears to be a significant factor in embryo implantation in in-vitro fertilization*, Hum Reprod (1995); 60: 919-922
- 18 McCarthy S., Tauber C., Gore J., *Female pelvic anatomy: MR assessment of variations during the menstrual cycle and with use of oral contraceptives*, Radiology (1986); 160: 119-123
- 19 Somkuti S. G. et al., *Epidermal growth factor and sex steroids dynamically regulate a marker of endometrial re-*

- ceptivity in Ishikawa cells*, J Clin Endocrin Metab (1997); 82: 2192-2197
- 20 Larimore W. L., siehe Ref. 16
- 21 Adams D. B., Gold A. R., Burt A. D., *Rise in female-initiated sexual activity at ovulation and its suppression by oral contraceptives*, N Engl J Med (1978); 299: 1145-1150
- 22 In der britischen Tageszeitung The Independent schrieb die Publizistin Holly Grigg-Spall am 11. 05. 2010 einen Kommentar als ehemalige Pillen-Anwenderin unter dem Titel: „Why I'll never take the Pill again“, <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/features/why-ill-never-take-the-pill-again-1970488.html> (letzter Abruf 12. 11. 2010)
- 23 Graham C. A. et al., *The effects of steroidal contraceptives on the well-being and sexuality of women: A double-blind, placebo-controlled, two-centre study of combined and progestogen-only methods*, Contraception (1995); 52: 363-369
- 24 Panzer C. et al., *Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: A retrospective study on women with sexual dysfunction*, J Sex Med (2006); 3: 104-113
- 25 *50 Jahre Antibabypille: Sexuelle Befreiung auf Rezept*, Focus, 09. 05. 2010
- 26 *Die Ulmer Denkschrift 1964* (Antrag zur Frage der derzeitigen öffentlichen Propaganda für Geburtenbeschränkung), Originaltext auf <http://www.humanaevitae.de/artikel/ulmer.htm>
- 27 Eurostat Datenbank, *Fruchtbarkeitsregister 2010*
- 28 Piza-Katzer H., *Mehr Ärzte, mehr Medizin – mehr Gesundheit?*, in: Busek E., *Was haben wir falsch gemacht?*, Kreimayr & Scheriau, Orac, Wien (2010), S. 156

Siegfried Baur

Wissenschaftliche Grundlagen der Natürlichen Familienplanung

The Scientific Bases of Natural Family Planning

Zusammenfassung

Natürliche Familienplanung (NFP) ist keine besondere Methode. Sie ist angewandtes Wissen. Die anfänglich statistisch-mathematischen Kalendermethoden hatten wegen der Variationen des Zyklusgeschehens nicht die erhofften Sicherheiten erbracht. Durch die Einführung der Pille Anfang der 1960er-Jahre und der intrauterinen Spiralen schienen andere Überlegungen überflüssig. Heute gewinnen die modernen symptomthermalen Methoden in der Ärzteschaft und Bevölkerung wieder zunehmend Akzeptanz. Neuere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass NFP-Methoden mit einem Pearl-Index von 0,4 in ihrer Sicherheit anderen Methoden gleichzusetzen sind. Das Wissen über die selbst erfahrbare eigene Fruchtbarkeit hat auch für Frauen in den sog. Entwicklungsländern eine große Bedeutung. Dieses einfache, ohne besondere Hilfsmittel vermittelbare Körperwissen ermöglicht es ihnen, in dem intimsten Bereich ihres Lebens, in der Sexualität und Kinderzahl, selbst kompetent mitzubestimmen. Dadurch werden zugleich ihr Selbstwertgefühl und ihre Position in den jeweiligen sozialen Strukturen gestärkt.

Schlüsselwörter: Natürliche Familienplanung, symptomthermale Methode, Sicherheit, weibliches Selbstwertgefühl, Entwicklungsländer

Abstract

Natural Family Planning (NFP) is not a special method. It is an approach based on applied knowledge. In the past, statistic-mathematical calendar methods did not furnish any hopes for safety due to variations in menstrual cycles. But the introduction of "the pill" and of intrauterine devices in the early 1960s seemed to render all other birth control methods outdated. Today modern symptomthermal methods are increasingly accepted by physicians and the public. Recent scientific research has shown that NFP methods have a Pearl-index of 0.4 and, thus, can be considered as safe as other methods. Knowledge of one's own fertility has also had an important impact on women in so-called developing countries. This simple physical awareness, which can be imparted without special tools, has enabled them to develop competence in the most intimate areas of their life, like sexuality and planned pregnancies. Thus, their self-esteem and position within their respective social structures are at the same time strengthened.

Keywords: Natural Family Planning, Symptomthermal Methods, Safety, Female Self-Esteem, Developing Countries

Dr. Siegfried Baur, Facharzt für Gynäkologie
em. Oberarzt der Univ.-Frauenklinik München
Frundsbergstraße 40
D-82064 Straßlach-Dingharting

Unter den Natürlichen Familienplanungsmethoden (NFP) versteht man unterschiedliche Vorgehensweisen, mit deren Hilfe man auf „natürliche“ Weise eine Schwangerschaft anstreben oder vermeiden kann. Ihnen allen liegen die zyklisch auftretenden physiologische Vorgänge während des weiblichen Menstruationszyklus zugrunde, in erster Linie die Veränderungen der Zervixschleimsekretion und der Basaltemperatur. Hervorgerufen werden diese durch die im Eierstock täglich in unterschiedlicher Menge produzierten Hormone, Östrogene (Follikelhormon) und Progesteron (Gelbkörperhormon). Dadurch lassen sich fruchtbare und unfruchtbare Phasen unterscheiden.

Während die auf bloße Wahrscheinlichkeitsberechnungen beruhende Kalendermethoden nach Knaus und Ogino heute als historisch betrachtet werden und kaum mehr zur Anwendung kommen, richten sich die derzeit üblichen NFP-Methoden (Temperaturmethoden, Ovulationsmethoden und

symptothermale Methoden) mehr nach den Gegebenheiten des jeweiligen aktuellen Zyklus. Sie unterscheiden sich in der praktischen Brauchbarkeit ihres Regelwerks und in den damit verbundenen unterschiedlichen Abstinenzzeiten und Gebrauchssicherheiten.

Im Folgenden wird nun nicht auf Einzelheiten der verschiedenen Methoden eingegangen, sondern es werden ihre gemeinsamen physiologischen Grundlagen und ihre historische Entwicklung dargestellt.

Historische Entwicklung

Die Menschen haben sich natürlich zu allen Zeiten Gedanken über die Entstehung einer Schwangerschaft gemacht. Ein genaueres Wissen über unsere Fruchtbarkeit erhielten wir aber erst durch wissenschaftliche Methoden in den letzten 100 Jahren. Wie aus Abb. 1 zu entnehmen ist, bestanden seit der Antike die unterschiedlichsten Vorstellun-

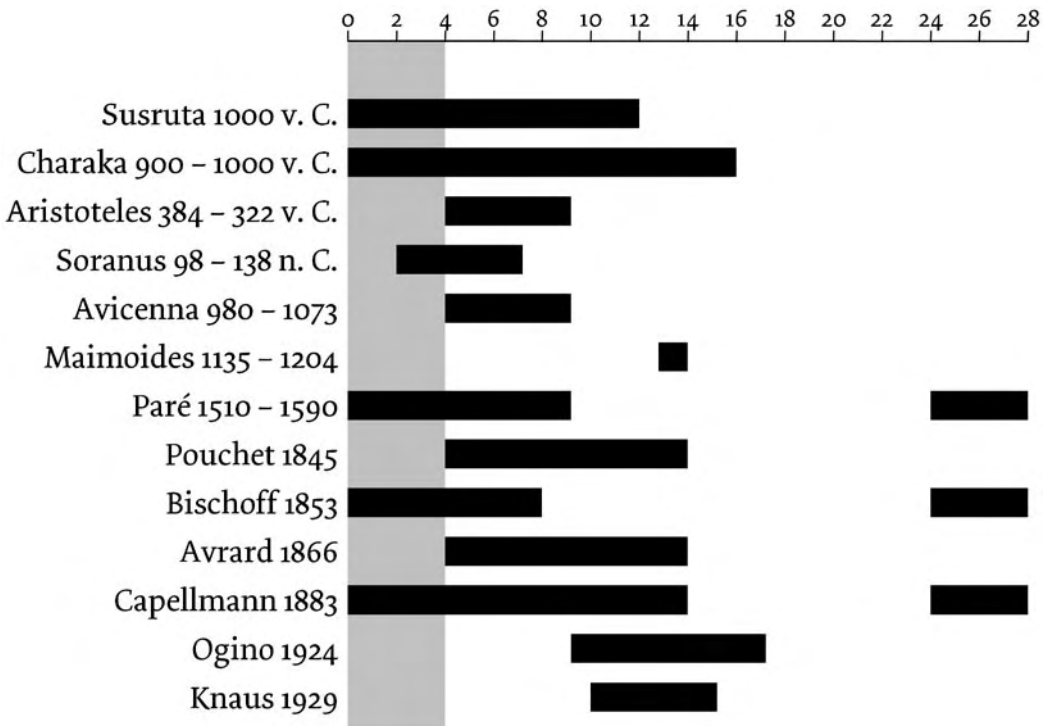


Abb. 1. Annahme der fruchtbaren Zeit im Zyklus der Frau seit der Antike

gen über die fruchtbaren Tage im Zyklus. So nahm man immer schon an, dass es bei der Frau Zeiten in Beziehung zu ihrer Menstruation gibt, in denen eine Schwangerschaft leichter bzw. öfters eintritt. Dieser Zeitraum wurde aber im Allgemeinen kurz vor, während oder nach der Menstruation gesehen. Lediglich der jüdische Gelehrte Maimonides¹ hat die Empfängnismöglichkeit erstaunlich präzise auf einen sehr kurzen Zeitraum in der Mitte des Zyklus festgelegt.

Ogino und Knaus

Der erste, der die genaue Annahme Maimonides von der Periodizität der weiblichen Fruchtbarkeit mit wissenschaftlichen Methoden bestätigte, war der japanische Gynäkologe Kyusaku Ogino (1882 – 1975). Ab 1923 ließ er 118 Frauen, die sich einem nicht akuten operativen abdominalen Eingriff unterziehen mussten, vorher genaue Menstruationsaufzeichnungen vornehmen und führte dann die Operationen an bestimmten Zyklustagen durch. An Hand von histologischen Untersuchungen der dabei gewonnenen Gewebeproben vom Eierstock bestimmte er die Reife der Eibläschen und des Gelbkörpers und ordnete so die Ovulation einem gewissen Zyklustag zu. Aus diesen Ergebnissen folgerte er: Der Eisprung findet immer zwischen dem 12. und 16. Zyklustag vor der nächsten Menstruation statt.²

Wirklich neu daran war: 1. dass dieser Abstand unabhängig von der Länge des Zyklus ist und 2. der Zyklus in Tagen gezählt wird (vorher in Wochen).

Ohne Kenntnis dieser Befunde hat dann kurze Zeit später der österreichische Arzt Hermann Knaus (1892 – 1970) mit einem ganz anderen Ansatz Forschungen an der Wiener Universitäts-Frauenklinik nach dem Zeitpunkt des Follikelsprungs begonnen. Er beobachtete während 49 Zyklen an 13 regelmäßig alle 28 bis 30 Tage menstruierenden Frauen die Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur mit einem intrauterin liegendem Manometer nach intravenöser Verabreichung eines muskelkontrahierenden Hypophysenhinterlappen-Extrakts an

verschiedenen Zyklustagen. So stellte er fest, dass in den ersten 15 Zyklustagen spontane rhythmische Kontraktionen auftraten, es aber ab dem 16. Tag schlagartig zu einer Erschlaffung und Ruhigstellung der Gebärmutter kam. Dadurch währte er sich sicher, „den Ovulationstermin durch folgendes, für alle Typen des mensuellen Zyklus gültiges Gesetz festzulegen: Die Ovulation erfolgt unter physiologischen Bedingungen stets am 15. Tage vor dem Eintritt der Menstruation“.³

Da zu diesem Zeitpunkt von den meisten Forschern schon anerkannt war, dass die Spermien im Allgemeinen zwei bis drei Tage befruchtungsfähig sind, die Eizelle aber nur wenige Stunden, legten beide die von ihnen ermittelte fruchtbare Zeit folgendermaßen fest: Bei Ogino bestand die Konzeptionsmöglichkeit zwischen dem 12. und 19. und bei Knaus nur zwischen dem 12. und 16. Zyklustag.

Kalender-Methode

Mit dieser wissenschaftlich untermauerten Feststellung einer Periodizität des Zyklus mit fruchtbaren und unfruchtbaren Tagen war es nun nur noch ein kleiner Schritt zur Entwicklung eines kontrazeptiven Regelwerks.

Als erster unternahm das 1930 der holländische Neurologe Smulders.⁴ 1932 folgten dann Ogino⁵ und 1933 Knaus⁶ mit ihren eigenen Kalendermethoden. Um den natürlich auftretenden Zyklusschwankungen gerecht zu werden, forderten sie vorausgehende einjährige Zyklusaufzeichnungen und errechneten dann die potenziell fruchtbare Zyklusphase anhand der kürzesten und der längsten dokumentierten Zykluslänge.

So revolutionär und bahnbrechend diese Erkenntnisse auch waren, hinsichtlich der Sicherheit konnten diese Methoden die Erwartungen nicht erfüllen. Dies lag nicht an den als richtig erkannten biologischen Fakten, sondern an der natürlichen Variation der Zyklen und den damit oft verbundenen langen Abstinenzzeiten, die von einem Großteil der Paare nicht in dem erforderlichen Maße eingehalten werden konnten.

Bis heute gilt im allgemeinen gesellschaftlichen Bewusstsein ein etwa 28-tägiger Zyklus als Norm für eine gesunde Frau. Objektive Überprüfungen von exakten Zyklusaufzeichnungen zeigen aber eine andere Realität. Die Arbeitsgruppe NFP⁷ fand in ihrer eigenen deutschen Datenbank unter 9846 Zyklen von gesunden Frauen im Alter von 19 bis 45 Jahren nur in 13 Prozent einen 28-Tage-Zyklus (Tab. 1).⁸ Gut zwei Drittel der Zyklen schwankten zwischen 25 und 30 Tagen. Schon frühere Untersuchungen aus den 1940er-Jahren kamen bei 2460 Zyklen von 150 Frauen fast zu den exakt gleichen Ergebnissen.⁹ Auch hier lagen 32 Prozent außerhalb dieses 6-Tage-Zeitraums.

Noch stärker wird einem die „Unregelmäßigkeit“ des Zyklusgeschehens bewusst, wenn man bei den einzelnen Frauen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr oder mehr die individuellen Streubreiten verfolgt (Tab. 2). Wir fanden gerade mal bei 20 Prozent der Frauen Zyklusdifferenzen von nur fünf Tagen.¹⁰ Neuere¹¹ und auch ältere Untersuchungen mit oft jahrelangen Beobachtungszeiten, z. B. bei 2316¹², 628¹³ oder 600¹⁴ Frauen, zeig-

Zykluslänge in Tagen	Häufigkeit in Prozent
≤ 22	1,6%
23	1,8%
24	4,8%
25	7,8%
26	11,1%
27	14,0%
28	13,1%
29	10,8%
30	8,9%
31	6,8%
32	5,0%
33	3,5%
34	2,4%
35 – 39	5,8%
≥ 40	2,7%

Tab. 1: Prozentuale Verteilung der Zykluslängen (N = 9846)⁸

ten alle tendenziell die gleichen Verläufe.

Dadurch wird auch eine Aussage des alten Zyklusforschers Fraenkel verständlich: „Das einzig Regelmäßige an der Regel ist Ihre Unregelmäßigkeit.“

Aus medizinischer Sicht werden deshalb heute Zykluslängen zwischen 23 und 35 Tagen als normal angesehen.

Wenn man sich bei diesen Fakten die bei den Kalendermethoden erforderlichen Abstinenzzeiten ansieht, so ergibt sich unter Zugrundlegung von 26- bis 30-tägigen Zyklusschwankungen während eines Jahres bei Ogino eine fruchtbare Phase vom 8. bis 19. und bei Knaus vom 9. bis 17. Zyklustag. Aus Tab. 2 geht hervor, dass dies gerade für etwa 20 Prozent der Paare zutreffen würde, 80 Prozent müssten mit einer zum Teil erheblich längeren Abstinenzzeit rechnen. Die Versagerquote reicht in der Literatur deshalb auch von einem Pearl-Index¹⁵ von 14¹⁶ bis 30¹⁷ und mehr ungewollter Schwangerschaften auf 100 Anwendungsjahre.

Im Vergleich dazu werden bei regelmäßigem ungeschütztem Verkehr in 1200 Zyklen etwa 120 – 140 Frauen schwanger.

Aus diesem Grund fanden die Kalendermethoden nie eine größere Akzeptanz in der Bevölkerung und wurden wegen ihrer großen praktischen Unzuverlässigkeit auch ärztlicherseits kaum empfohlen. Leider ist dadurch die eigentliche wissenschaftliche Leistung von Ogino und Knaus ganz in den Hinter-

Differenz zw. max. und min. Zykluslänge	Anzahl der Frauen in Prozent
1 – 3	3,3%
4 – 5	16,2%
6 – 7	22,9%
8 – 9	13,8%
10 – 11	11,0%
12 – 13	10,5%
14 – 15	6,7%
16 – 17	3,0%
≥ 18	12,8%

Tab. 2: Streubreite der Zykluslängen während eines Jahres (N = 210)¹⁰

grund getreten und weitgehend vergessen worden.

Basaltemperaturverlauf

Schon seit Mitte des 19. Jahrhunderts waren Körpertemperatur-Schwingungen während des Zyklus bei der Frau bekannt, zumal ab etwa 1860 in zunehmendem Maße in Krankenhäusern, vor allem in Lungensanatorien, regelmäßig Temperaturmessungen stattfanden. Eine richtige Deutung konnte man aber dieser Erscheinung nicht zumessen.

Erst der holländische Gynäkologe Van de Velde (1873 – 1937) hat dieses Phänomen 1904 richtig gedeutet, indem er annahm, dass die Körpertemperatur erst nach dem Eisprung ansteigt und dass dieser Anstieg auch in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Gelbkörperhormon steht. Konsequenzen aus seiner Erkenntnis hat er aber nicht gezogen, weil er noch der Ansicht war, dass das Ei wahrscheinlich bis zur nächsten Menstruation befruchtungsfähig bleibt.¹⁸

Harvey und Crockett griffen fast 30 Jahre später die Vermutung Van de Veldes wieder auf, bestätigten seine Beobachtungen und regten an, die Verlässlichkeit dieses Ovulationssymptoms durch die Ausnützung der Zeit zwischen dem Temperaturgipfel und dem Eintritt der Menstruation als „safe period“ praktisch überprüfen zu lassen.¹⁹ Diese Überprüfung erfolgte zunächst aber noch nicht durch die Wissenschaft, sondern durch einen medizinischen Laien.

In dem kleinen Ort Lohn am Rande der Nord-Eifel wirkte damals ein katholischer Pfarrer namens Wilhelm Hillebrand (1892 – 1959), der bei den armen Landfrauen das Problem der großen Kinderzahl miterlebte.

Angeregt durch ein Schreiben von Papst Pius XI., der schon 1930 in einem Brief über die Ehe etwas über die Zeitwahlmethode von Knaus erwähnte, besorgte er sich über seinen Bruder, der gynäkologischer Chefarzt war, die entsprechende Fachliteratur. In seinem Pfarrhaus wies er seine Gemeindeglieder in den Gebrauch der Kalendermethode ein und errechnete dann mit ihnen an-

hand der vorgenommenen Zyklusaufzeichnungen die jeweils daraus resultierenden Abstinenzzeiten. Er wurde damit sozusagen erster selbsternannter Laienberater und gleichzeitig zum „Urvater der Temperaturmethode“.²⁰

Denn alsbald erlebte auch er mit der Methode nach Knaus und Ogino Enttäuschungen. Mitte 1934 kam ihm dann das 1927 in Deutschland erschienene populär-wissenschaftliche Buch „Die vollkommene Ehe“ Van de Veldes in die Hände,²¹ das für seine weitere Tätigkeit eine entscheidende Bedeutung bekam. In diesem Buch waren nämlich Körpertemperaturkurven dargestellt, die zeigten, dass der Temperaturanstieg stets nach dem Eisprung erfolgt. Pfarrer Hillebrand kam dadurch auf die Idee, bei seinen Frauen auszuprobieren, ob mit der zusätzlichen Temperaturmessung die Ogino-Knaus-Methode in der Praxis sicherer würde, weil die abstinente Phase vielleicht in vielen Fällen nach einem Temperaturanstieg früher beendet werden könnte. Er besprach mit den Frauen ständig deren Aufzeichnungen und hatte 1937 schon von 74 Frauen komplette Zyklusblätter vorliegen. Die Resultate begeisterten ihn so, dass er immer wieder versuchte mit Knaus in Verbindung zu treten, um ihn zur Einsichtnahme und Beurteilung seiner Temperaturkurven einzuladen. Er war nämlich überzeugt, dass die damals schon in Misskredit geratene Kalendermethode in Verbindung mit der Basaltemperaturmessung eine größere Akzeptanz erreichen würde. Knaus aber ignorierte alle Kontaktversuche.

Mit tiefem Bedauern musste Hillebrand erkennen, dass er keine Chance hatte, seiner Idee zu einer größeren Verbreitung zu verhelfen. Als einfacher Dorfpfarrer saß er zwischen allen Stühlen. Von der Wissenschaft wurde er nicht ernst genommen und von seiner kirchlichen Obrigkeit wurde er ständig ermahnt, sich mehr um seine geistlichen Aufgaben zu kümmern als sich mit derartigen Dingen zu beschäftigen.

Im Gegensatz zu Knaus, der sein Leben lang vergebens um die Anerkennung seiner Erkenntnisse in den wissenschaftlichen Kreisen kämpfte,

ist Hillebrand kurz vor seinem Tod doch noch die verdiente Genugtuung widerfahren. 1959 verlieh ihm die Medizinische Fakultät in Köln für seine Verdienste die Ehrendoktorwürde.²²

In den 1940er- und 50er-Jahren hat sich dann auch weltweit eine große Zahl von Forschern wieder wissenschaftlich mit der basalen Körpertemperatur der Frau auseinandergesetzt. Bei den zahlreichen Zyklusbeobachtungen ging es vorwiegend um die Fragestellungen:

1. ob damit der Zeitpunkt des Eisprungs sicher zu erkennen ist und
2. ob man davon ausgehen kann, dass die Zeit nach dem Anstieg der Temperatur bis zur nächsten Menstruation eine sichere natürliche Sterilität darstellt.

Die meisten der auch heute noch in den Temperaturkurven verzeichneten Phänomene sind damals schon beschrieben worden.

So kommt es in vielen Fällen, wenn auch durchaus nicht in allen, 1 Tag vor dem Temperaturanstieg zu einem Absinken der Körpertemperatur (Abb. 4).²³ Diese prähypertherme Tiefzacke ist über Generationen von Gynäkologen als Tag der Ovulation angesehen worden. Wenn dies in dieser Exaktheit auch nicht zutrifft und der Eisprung an Hand der Temperaturkurve nicht auf einen bestimmten Tag festzulegen ist, so konnte die Arbeitsgruppe NFP mit modernen Mitteln des Ultraschalls und der Hormonbestimmungen doch eine sehr enge Korrelation nachweisen (siehe auch Abb. 9).²⁴

Fast alle späteren Autoren stimmten auch mit der Ogino und Knaus'schen These überein, dass die postovulatorische hypertherme Phase eine zeitlich konstante darstellt, während die Dauer der postmenstruellen hypothermen Phase je nach Länge des Zyklus variiert.²⁵

Unsere eigenen Untersuchungen an 8933 Zyklen zeigen, dass über 80 Prozent der Zyklen eine Hochlage von 10 bis 15 Tagen haben. (Tab. 3) Die neun Prozent mit verkürzter Hochlage sind ein verlässlicher Hinweis auf eine Corpus-luteum-Insuffizienz, die mit Störungen der Fruchtbarkeit ein-

hergeht, was Tylor und andere schon vermuteten.²⁶

Mit Hormonanalysen konnten wir auch bestätigen, dass diese Fälle immer von insuffizienten Progesteronspiegeln begleitet sind.²⁷ Umgekehrt hat Tompkins²⁸ 1944 schon eine hypertherme Phase von 18 und mehr Tagen als frühestes Schwangerschaftszeichen angesehen, was auch heute noch seine Gültigkeit hat.²⁹

Auch andere mit der Ovulation in Zusammenhang stehende sekundäre Symptome wurden damals schon beschrieben, wie z. B. die sog. Ovulationsblutung oder der Mittelschmerz.

Eine leichte Zwischenblutung („petit règle“, „spotting“) beobachten ein bis drei Prozent der Frauen regelmäßig und bis zu 15 Prozent gelegentlich. Das Phänomen wird mit einem vorübergehenden raschen Absinken des Östrogenspiegels nach dem präovulatorischem Maximum erklärt.³⁰

Vom sog. Mittelschmerz berichten bis zu 40% der Frauen gelegentlich und 15 bis 20 Prozent fast regelmäßig.³¹ Befragt man gezielt Frauen, die sich intensiver mit ihren Körperzeichen auseinandersetzen wie z. B. NFP-Anwenderinnen³² oder Ärztinnen bzw. Medizinstudentinnen³³, so geben fast zwei Drittel von ihnen solche Beschwerden an.

Die Erscheinungsformen des Mittelschmerzes sind vielfältig und der Auslösemechanismus ist im Einzelnen nicht exakt bekannt. Meist handelt es sich um diffuse, oft mehrere Tage anhaltende oder auch plötzlich einsetzende, nur wenige Stunden dauernde Schmerzen im Unterleib.

Wir haben bei 26 Frauen mit Mittelschmerzen dessen Beziehung zur mit Ultraschall und Hor-

Dauer der Hochlage in Tagen	Häufigkeit in Prozent
≤ 9	9%
10 – 11	22%
12 – 13	40%
14 – 15	22%
≥ 16	2%

Tab. 3: Prozentuale Verteilung der Temperaturhochlage (N = 8933)⁸

monbestimmungen festgestellten Ovulation ermittelt (Abb. 2).³⁴ Daraus wird ersichtlich, dass der Mittelschmerz meist sehr wohl eine Zeit der hohen Fruchtbarkeit anzeigt, aber keine sehr enge Korrelation zur Ovulation selbst aufweist, bzw. durch diese nicht verursacht wird, wie man früher annahm. Lediglich 5 von 26 Frauen bemerkten einen singulären Schmerz direkt am Tag des Eisprungs. Bei 15 von 26 war der Mittelschmerz spätestens ein Tag vor der Ovulation beendet. Kann der Schmerz einer bestimmten Seite zugeordnet werden, stimmt dies in den allermeisten Fällen auch mit der Seite überein, auf der die Ovulation stattfindet.³⁵ Eine systematische Abwechslung von links und rechts ist nicht vorhanden.

Die Van de Velde'sche Hypothese von einem zeitlichen und kausalen Zusammenhang zwischen Progesteronkonzentration und Basaltemperaturanstieg konnte dann erstmals 1948 durch Hormonmessungen verifiziert werden.³⁶ Warum das Gelbkörperhormon am hypothalamischen Wärmeregulationszentrum diesen Temperaturanstieg erzeugt, ist bis heute trotz mancher Theorien nicht endgültig geklärt.³⁷

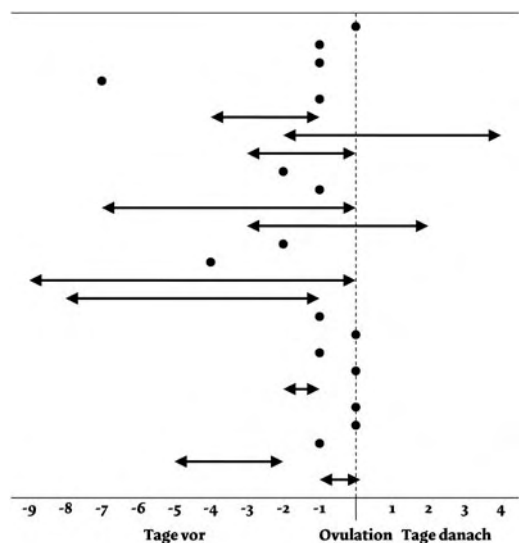


Abb. 2: Zeitliche Beziehung des Mittelschmerzes zur Ovulation (durch Ultraschall und LH-Messung definiert). N = 26, Pfeile: Zeitdauer, Punkte: singuläres Ergebnis⁶⁵

Die Körpertemperatur reagiert sehr empfindlich auf den Hormonanstieg. Wie aus dem Vergleich der Abb. 3 und 9 zu entnehmen ist, geht der erste signifikante Progesteronanstieg meist schon ein bis zwei Tage der Ovulation voraus,³⁸ und der Temperaturanstieg zeigt einen ähnlichen Verlauf.

Temperaturmethoden

Nachdem sich in der Zwischenzeit schon herauskristallisiert hatte, dass es nach der Temperaturerhöhung eigentlich zu keiner Schwangerschaft mehr kommt, wagte man es im Ausland 1947 erstmals für Laien Regeln zur praktischen Anwendung der Temperaturmethode bekannt zu machen³⁹ und publizierte auch erste Studien zur Effektivität dieser Methode.⁴⁰

Zur gleichen Zeit erhielt in Deutschland ein junger gynäkologischer Assistent Gerd K. Döring (1920 – 1993) von seinem Chef den Auftrag, alle aus der Literatur bekannten Personen, die sich mit Basaltemperaturmessungen beschäftigten, mit folgenden zwei Fragen anzuschreiben:

1. Wie viele Kurvenaufzeichnungen werden überblickt?
2. Konnten nach der Temperaturerhöhung noch Schwangerschaften festgestellt werden?

Bei fast 20.000 rückgemeldeten Zyklusaufzeichnungen war keine einzige Schwangerschaft in der hyperthermen Phase beobachtet worden.

In den nächsten Jahren beschäftigte er sich deshalb vorwiegend mit der Basaltemperaturmessung⁴¹ und brachte 1954 mit dem Buch „Die Bestimmung der fruchtbaren und unfruchtbaren Tage der

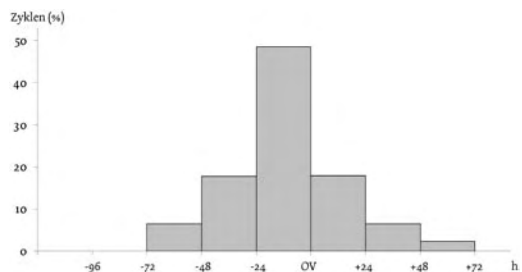


Abb. 3: Erster signifikanter Progesteronanstieg in Beziehung zur Ovulation (OV)⁶⁶

Frau mit Hilfe der Körpertemperatur“ erstmals in Deutschland eine Methodenanleitung für Laien heraus.⁴² Döring wurde in der Folge durch Mitarbeit in internationalen Gremien und der Weltgesundheitsorganisation zu einem der führenden Kenner auf diesem Gebiet und zum Mentor der Temperaturmethode in Deutschland. Er blieb diesem Thema bis zu seinem Tode aktiv und interessiert verbunden.

Als Schwerpunkt dieser Methode kristallisierte sich die Frage heraus, wie man den Temperaturanstieg sicher erkennt. Da bei den täglichen Messungen stets Schwankungen zwischen $0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$ – $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ vorhanden sind und das durchschnittliche Temperaturniveau in der zweiten Zyklushälfte auch nur um $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ – $0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ über dem präovulatorischen Niveau liegt, muss der tatsächliche durch die Ovulation bedingte Anstieg durch eindeutig definierbare Kriterien sicher erfasst werden können.

Das von Holt⁴³ 1959 dafür deklarierte Prinzip „3 höher als die vorausgegangenen 6“ wurde dann 1966 von einer wissenschaftlichen Gruppe der Weltgesundheitsorganisation präziser erarbeitet: „Ein signifikanter Temperaturanstieg zeichnet sich dadurch aus, dass er innerhalb von 48 Stunden oder weniger eintritt und dass die Temperaturen von drei aufeinanderfolgenden Tagen um mindestens $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ höher liegen als an den vorangehenden 6 Tagen.“⁴⁴ Da sich in der Folgezeit herausstellte, dass diese strengen Bedingungen lediglich in etwa 55 Prozent der Zyklen erfüllt sind,⁴⁵ hält die deutsche Arbeitsgruppe NFP in Verbindung mit der

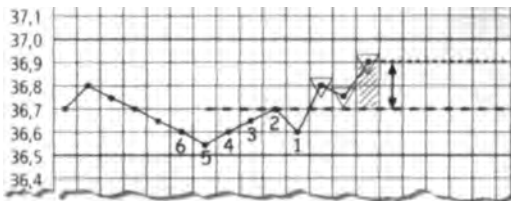


Abb. 4: Stattgefundener Temperaturanstieg nach den Regeln der deutschen AG NFP. Es finden sich drei aufeinander folgende Messwerte, wobei die 3. höhere Messung $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ über dem höchsten der vorangegangenen sechs niedrigeren Temperaturwerte liegt.⁵⁸

Schleimbeobachtung bei ihrer sympto-thermalen Methode den Temperaturanstieg auch dann als sicher, wenn nur die 3. höhere Messung mindestens $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ höher ist (Abb. 4).

Wenn Kohabitationen ausschließlich vom 3. Tag der hyperthermen Phase bis zur folgenden Menstruation erfolgten, lag die Methoden-Sicherheit dieser „strengen Form der Temperaturmethode“ bei einem Pearl-Index von etwa 1.

Döring hat noch eine „erweiterte Form der Temperaturmethode“ mit einem Pearl-Index von 3 angegeben, bei der auch eine unfruchtbare Zeit vor der Ovulation errechnet wurde. Sie dauerte von der Menstruation bis sechs Tage vor dem frühesten Temperaturanstieg.⁴⁶

Auch hier hat später die Arbeitsgruppe NFP bei der Berechnung der unfruchtbaren Tage am Zyklus-anfang eine Änderung vorgenommen. Sie verkürzte diese Phase um einen Tag mit folgender Begründung: Da die 1. höhere Messung in über 90 Prozent zwei Tage vor bis zwei Tage nach der Ovulation zu verzeichnen ist (siehe auch Abb. 9) und die Spermienüberlebenszeit im optimalen präovulatorischen Schleim im allgemeinen etwa bis zu 4, maximal 5 Tage betragen kann, muss man insgesamt von einer potenziell fruchtbaren Phase von etwa 7 Tagen vor dem Temperaturanstieg ausgehen (Abb. 5).

Gerade als die Temperaturmethoden durch ihre hohe Sicherheit sowohl in der Ärzteschaft als auch in der Bevölkerung eine gewisse Akzeptanz erreicht hatten, brach das Interesse an den natürlichen Fa-



Abb. 5: Berechnung des letzten unfruchtbaren Tages nach der Menstruation orientiert an der bisher frühesten 1. höheren Messung.⁵⁸

milienplanungsmethoden fast vollkommen ab. Der Grund lag an dem 1961 auch in Deutschland beginnenden Siegeszug der Pille und an der nur wenige Jahre später erfolgten Einführung der intrauterinen Spirale. Beide Anwendungen waren einfach, mit hoher Sicherheit verbunden und erforderten keine sexuelle Abstinenz mehr.

Die wissenschaftliche Welt konzentrierte sich jetzt ganz auf die Weiterentwicklung dieser Methoden und der Erforschung ihrer Vor- und Nachteile. In Deutschland spielte die NFP weder in der Forschung noch in der Lehre zu diesem Zeitpunkt irgendeine Rolle. Dass das Interesse in der übrigen Welt dafür doch noch weiter aufrechterhalten wurde, ist vor allem zwei Umständen zu verdanken: Erstens durch die Apostolischen Schreiben der Päpste Paul VI. „*Humanae vitae*“ 1968 und Johannes Paul II. „*Familiaris Consortio*“ 1981, die sich an die Gläubigen wandte, aber auch an alle Menschen guten Willens,⁴⁷ und zweitens durch die Notwendigkeit, mit einfachen Mitteln dem rasanten Bevölkerungszuwachs in der Dritten Welt entgegenzuwirken.

Die weitere Entwicklung in dieser Zeit war vor allem mit zwei Namen verbunden:

- mit dem australischen Neurologen John Billings (Zervixschleimmethode)
- und dem österreichischen Arzt Josef Rötzer (symptomthermale Methode).

Die Bedeutung des Zervixschleim

Während man nun im Anstieg der Körpertemperatur ein sicheres Zeichen einer schon stattgefundenen Ovulation hatte, waren die präovulatorischen fruchtbaren und unfruchtbaren Tage nur mit mathematischen Formeln ungefähr zu errechnen. Erst ab 1950 rückte auch die Bedeutung des Zervixschleims als prospektiver Fruchtbarkeitsindikator verstärkt in das Gesichtsfeld wissenschaftlichen Interesses.⁴⁸ Es wurden zwar schon die letzten 100 Jahre zuvor immer wieder „besonders auffallende Sekretabsonderungen“ in der Mitte des weiblichen Zyklus beschrieben⁴⁹ und sogar auf eine eventuelle

Bedeutung für die Erkennung von Fertilitätsstörungen hingewiesen,⁵⁰ aber dieser „stärkere, meist als entzündlich angesehene, glasige und fadenziehende Fluor“⁵¹ wurde als einer der Störfaktoren in der sog. intermenstruellen Krise betrachtet.

Der Zervixschleim besteht aus einem dreidimensionalen Netzwerk mit faserähnlichen Strukturen und einem Wasseranteil von 90 Prozent, in dem viele Elektrolyte, niedermolekulare organische Anteile wie z. B. Aminosäuren und Zucker und eine Vielzahl von Enzymen gelöst sind. Unter dem zyklischen Einfluss der Östrogen- und Progesteronhormone verändert dieser Schleim ständig seine physikalischen und chemischen Eigenschaften. In den ersten Tagen nach der Menstruation und in der progesterondominierten postovulatorischen Phase wird der Muttermund durch einen zähen Schleimpfropf verschlossen. Das dichte Fasernetz mit einer Maschengröße von $0,2 \mu\text{m} - 6 \mu\text{m}$ stellt für die $2 \mu\text{m} - 3 \mu\text{m}$ großen Spermienköpfe ein unüberwindliches Hindernis dar (Abb. 6). Unter dem zunehmenden Östrogeneinfluss vor der Ovulation löst sich der Schleimpfropf allmählich auf. Die durchschnittlich gebildete Tagesmenge von etwa 60 mg wird während dieser kurzen Zeit bis auf 1700 mg/Tag gesteigert. Dadurch werden die Zwischenräume des Maschenwerks bis auf $35 \mu\text{m}$ aufgedehnt (Abb. 7).

Die Spermien können jetzt durch dieses weite Kanalsystem mit einer Geschwindigkeit von 3 mm/Minute leicht hindurch schwimmen. Die ersten von ihnen erreichen so schon nach etwa einer Stunde ein 15 cm – 18 cm entferntes befruchtungsfähiges Ei im Eileiter. Die meisten anderen Spermien rüsten sich in dem für sie günstigen, reichlich mit Nahrungsstoffen versehenem präovulatorischen Schleim für die erst in den nächsten ein bis drei Tagen beginnende Wanderung nach oben auf.

Die Folge dieser enormen Mengenzunahme ist, dass der Zervixschleim aus dem Zervikalkanal heraus die Scheidenwände entlang bis zum äußeren Genitale abfließt. Außerdem verändert der Schleim sowohl sein Aussehen als auch seine Konsistenz.

Am Höhepunkt seiner Entwicklung wird er klar und durchsichtig wie rohes Eiweiß und lässt sich zu 10 cm – 15 cm langen Fäden dehnen („Spinnbarkeit“). Sehr bald nach dem Eisprung kommt es dann unter dem zunehmenden Einfluss des Gelbkörperhormons von einem Tag auf den anderen zu einer schlagartigen Veränderung. Der Schleim wird wieder zäh und bildet ein dichtes Maschenwerk.

Dadurch wird der Gebärmutterhals zu einer „biologischen Schleuse“, die den Spermien während einer gewissen Zyklusphase den Aufstieg in die Gebärmutter gestattet, ansonsten aber ihre Passage verhindert.

Alle diese Eigenschaften wurden vorwiegend in den 1950er- und 1960er-Jahren wissenschaftlich erforscht und eroberten sich in der ärztlichen Sterilitätsberatung einen festen Platz. Erst nachdem Billings und Rötzer Ende der Fünfziger-Jahre unabhängig voneinander herausfanden, dass der Zervixschleim in der fruchtbaren Zeit des Zyklus von den Frauen am Scheideneingang selbst gefühlt, gesehen und empfunden werden konnte, haben sie ihn mit standardisierten Methodenregeln in die Natürliche Familienplanung miteingebaut. Außerdem kamen beide, die nicht direkt dem universitären Umfeld angehörten, zu der Einsicht, dass eine größere Verbreitung ihrer Methoden nicht von der ärztlichen Fachwelt erwartet werden kann, die einfachhalber die neuen Methoden bevorzugte. So begannen sie

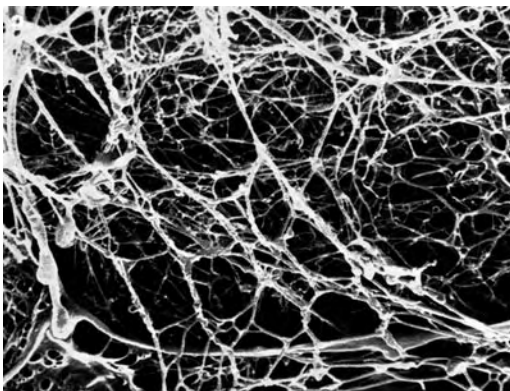


Abb. 6: Elektronenmikroskopische Darstellung eines dichten Fasernetzes des Zervixschleims (10.000-fache Vergrößerung)⁶⁷

mit der Ausbildung von Laienberatern und dem Aufbau eines entsprechenden Netzwerks. Seither wird die NFP weltweit zum großen Teil von Organisationen mit ausgebildeten Laienberatern getragen.

Ovulations-Methode

John Billings (1918 – 2007) hat 1964 unter dem Namen „ovulation method“ als erster eine Methodenanleitung für Frauen veröffentlicht,⁵² bei der das Auftreten des Schleimsymptoms ihnen den Beginn der fruchtbaren Tage anzeigt. Zunächst hatte er den Anstieg der Basaltemperaturkurve als Indikator für die anschließende unfruchtbare Phase noch mit herangezogen, bis er Anfang der siebziger Jahre zur reinen Schleimmethode fand.⁵³

Sein Credo lautete dann: „The place for the thermometer and the temperature method in family planning is that they be respectfully placed in a historical museum.“

Sehr umstritten ist diese Methode hinsichtlich ihrer Zuverlässigkeit. Ihre Verfechter geben zum Teil für die Gebrauchssicherheit einen Pearl-Index von 0,0 bis 2,0 an. Dies kommt dadurch zustande, dass sie, wie Billings selbst, alle Schwangerschaften eliminieren, die auf einen sexuellen Kontakt in der fertilen Phase zurückzuführen sind. Billings ist der Meinung, ein sexueller Kontakt in dieser Zeit mit nachfolgender Empfängnis sei nicht als Versager seiner Methode zu werten, sondern als Ausdruck des freien Willens des betreffenden Paares.



Abb. 7: Elektronenmikroskopische Darstellung eines in der präovulatorischen Zeit weit aufgedehnten Fasernetzes des Zervixschleims (10.000-fache Vergrößerung)⁶⁷

Es ist natürlich gegen alle Regeln der Biostatistik, wenn nicht nachgeprüft wurde, ob die Schwangerschaften ev. durch nicht richtig erkannte Schleimsymptome zustande kamen oder auf Grund der Unmöglichkeit, die dafür notwendige Abstinenz einzuhalten. Einige Autoren, die die nachträglich eliminierten Schwangerschaften hinzurechneten, fanden dann eine Gebrauchssicherheit mit einem Pearl-Index von 25,5⁵⁴ und 32,1⁵⁵. Aus diesen Gründen ist die Billings-Methode bei dem hohen Sicherheitsbedürfnis der Frauen bei uns nicht akzeptabel. Dagegen hat diese Methode in Entwicklungsländern, auch mit neueren einfacheren Anwendungsverfahren,⁵⁶ schon eine lange und erfolgreiche Tradition. Für dortige Verhältnisse ist eine Reduzierung der unerwünschten Schwangerschaften um das 5- bis 10-fache mit so einfachen Mitteln ohne größere Kosten und den Nachschubproblemen wie bei anderen Familienplanungsmethoden ein großer Erfolg.

Symptothermale Methoden

Während Temperatur- und Zervixschleimmethoden Einzeilmethoden darstellen, werden bei den symptothermalen Methoden beide Indikatoren zu einer methodischen Einheit verbunden. Im Jahre 1965 veröffentlichte Josef Rötzer (1920 – 2010) diese Kombinationsmöglichkeit zum ersten Mal.⁵⁷ Die symptothermalen Methoden haben sich in der Zwischenzeit vor allem in den hochzivilisierten Ländern in einigen Modifikationsformen als die sichersten und akzeptabelsten NFP-Methoden erwiesen.⁵⁸ So konnte die deutsche NFP-Gruppe bei ihren laufenden Gebrauchssicherheitsstudien mit fast 18.000 Zyklen von 900 NFP-Anfängerinnen in der Methodensicherheit einen Pearl-Index von 0,4 und in der Gebrauchssicherheit von 1,8 dokumentieren.⁵⁹ Damit haben die modernen NFP-Methoden das gleiche Sicherheitslevel erreicht wie die anderen konventionellen Methoden und sind in der postovulatorischen Situation sogar besser als jede Pille oder Sterilisation.

Es ist deshalb auch nicht erstaunlich, dass seit

Anfang der 1980er-Jahre in der wissenschaftlichen und ärztlichen Welt wieder verstärktes Interesse gerade an diesen Methoden gewachsen ist. Begünstigt wurde diese Entwicklung dadurch, dass in der hochtechnisierten und pharmakologisch dominierten Medizin selbst wie auch in der übrigen Gesellschaft ein neues Umweltbewusstsein und eine Skepsis gegenüber dem modernen Fortschrittsglauben erwachten. In diesem Rahmen erhielt auch die neu gegründete Arbeitsgruppe NFP in Deutschland vom Bundesministerium für Gesundheit den Auftrag in einer groß angelegten Studie die Bedingungen für eine sichere und autonome NFP-Anwendung zu untersuchen. In einem Pilotprojekt wurde aus den verschiedenen praktizierten symptothermalen Methoden eine eigene Variante entwickelt, die dann von 1985 – 1991 unter der Verantwortung eines wissenschaftlichen Beirats mit Gynäkologen, Pädagogen, Psychologen, Ethikern und Statistikern eine Praktikabilitäts- und Evaluationserprobung durchführte. Der von der heute bei den Malteser Werken angesiedelten NFP-Gruppe entwickelte Leitfaden für die Anwender „Natürlich und Sicher“ erscheint demnächst in der 18. Auflage und ist in 13 Sprachen übersetzt.⁶⁰

Auch die aus dem wissenschaftlichen Beirat hervorgegangene wissenschaftliche Arbeitsgruppe NFP hat durch ihre über 150 Publikationen und Vorträgen auf nationalen und internationalen Kongressen in der Ärzteschaft soviel Reputation erworben, dass diese die NFP-Methoden als eine ernsthafte kontrazeptive Alternative für Frauen betrachtet. Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsmedizin diese Gruppe als „Sektion Natürliche Fertilität“ in der Zwischenzeit an der Universität Heidelberg angesiedelt.

Anhand von zwei ihrer Untersuchungsergebnisse soll deshalb nochmals beispielhaft gezeigt werden, wie erstaunlich präzise biologische Vorgänge wie die zwei wichtigsten Fakten in der NFP, Schleim- und Temperaturverlauf, mit der tatsächlichen Ovulation korrelieren, die mit wissenschaft-

lichen Methoden heute bis auf 12 Stunden Spielraum eingeengt werden kann. In Abb. 8 lagen die Ovulationen in 82 Prozent der Fälle im Zeitraum von ± 1 Tag um den Höhepunkt des Schleimsymptoms.⁶¹ In ebenso hohem Maße (80 Prozent) fand der Eisprung ein oder zwei Tage vor dem Temperaturanstieg oder am Tag der ersten höheren Messung selbst statt.

Schlussbetrachtungen

All diese neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse bewirkten sowohl bei den Ärzten als auch in der übrigen Bevölkerung, dass die modernen natürlichen Familienplanungsmethoden den ihnen gebührenden Platz in der breiten Palette der kontrazeptiven Möglichkeiten wieder erhielten, zumal sie ja die einzigen Methoden sind, mit denen in gleicher Weise eine Schwangerschaft angestrebt oder vermieden werden kann. In einer repräsentativen EMNID-Umfrage fanden 47% der Frauen deshalb die NFP-Methoden grundsätzlich als „sehr interessant“ bis „interessant“.⁶² Da die Frauen bei uns gewohnt sind, ihre kontrazeptiven Probleme mit ihrem Hausarzt bzw. Gynäkologen zu lösen, kann die NFP nur dann eine größere Beachtung und Verbreitung finden, wenn sie in einen medizinischen Kontext eingebettet und dort akzeptiert ist. Auch dann bleibt bei der NFP-Methode für den Arzt noch eine ganz besondere Problematik: Es ist ihm meis-

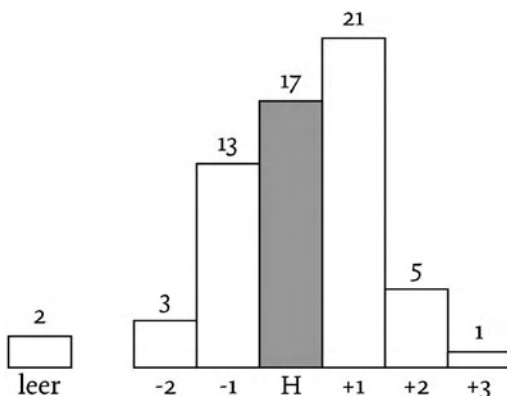


Abb. 8: Abstand der Ovulation vom Höhepunkt (H) des Schleimsymptoms in 62 Zyklen.⁶⁸

tens nicht möglich, in einem 10- bis 15-minütigen Gespräch herauszufinden, welche Kontrazeption für die Frau in ihrer individuellen Situation wohl die geeignetste ist, also entlässt er sie dann mit einem entsprechenden Rezept. Für eine Einweisung in die NFP-Methode fehlt die entsprechende Widmung. Die Regeln der natürlichen Geburtenkontrolle sind in einer normalen Sprechstunde in der Kürze der Zeit nicht so zu vermitteln, dass die Frau mit Verlassen der Sprechstunde diese zu Hause sofort zuverlässig anwenden kann. Frauen, die NFP praktizieren wollen, sind heute auf die Vermittlung entsprechender Literatur oder eines qualifizierten Beratungssystems angewiesen. In der rasant sich verändernden Medienlandschaft bahnen sich positive und neue Entwicklungen an. So tauschen sich schon heute vor allem jüngere Frauen über ihre NFP-Probleme und Erfahrungen aus und verweisen auf entsprechende Informationsquellen.

Eine noch größere Selbstständigkeit der Frauen in dieser Frage erhofft man sich durch weitere wissenschaftliche Entwicklungen. Die Zielvorstellungen dabei sind, dass z. B. Temperaturcomputer unter Einbeziehung von weiteren Parametern wie z. B. Zervixschleim und Hormonbestimmungen mit Urin-Stäbchen es der Frau zu Hause erlauben, je-

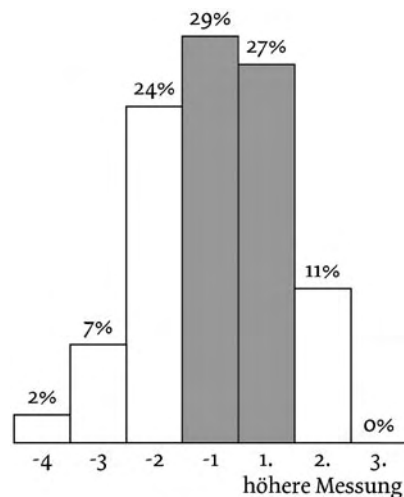


Abb. 9: Abstand der Ovulation zur 1. höheren Messung in 62 Zyklen.⁶⁸

weils in wenigen Minuten ihre tatsächliche fruchtbare Zeit im aktuellen Zyklus anzeigen zu lassen. Bis dorthin ist noch ein weiter Weg. Die bisherigen Modelle waren in Studien der Stiftung Warentest noch schlecht im Vergleich zu der mit „sehr gut“ beurteilten klassischen deutschen sympto-thermalen Methode.⁶³

Eine noch viel bedeutendere Rolle spielen die NFP-Methoden, besonders in der einfachsten Form der Zervixschleimbeobachtung, für die Menschen in den sog. Entwicklungsländern. Obwohl seit Mitte der 1990er-Jahre bei den Weltfrauen- und Weltbevölkerungskonferenzen dieses Thema sehr kontrovers diskutiert wird und zeitweise der Einsatz medizinischer Verhütungsmethoden vor allem von der Weltbank, der WHO und amerikanischen Organisationen favorisiert wurden, ist in der Zwischenzeit eine deutliche Ernüchterung eingetreten. Nicht nur, dass diese Methoden oft nicht dem kulturellen und sozialen Kontext dieser Bevölkerungsgruppen entsprechen; ihre Nachhaltigkeit ist fraglich, sie bricht meist schon nach kurzer Zeit wegen fehlender medizinischer Strukturen und einer längerfristigen Nachschublogistik völlig weg. Neueste Studien zeigen eindeutig, dass der wichtigste Faktor die Schul- und Ausbildung von jungen Mädchen und Frauen in diesen Ländern ist, um aus dem Teufelskreis von Armut, Hunger und hoher Kindersterblichkeit ausbrechen zu können.⁶⁴ Das Wissen um Fortpflanzung und Familienplanung spielt dabei ebenso wie die Grundkenntnisse über die richtige Versorgung und Pflege von Kleinkindern eine entscheidende Rolle und geht außerdem noch weit über die reine kontrazeptive Bedeutung hinaus. Es ermöglicht Frauen, den intimsten Bereich ihres Lebens, Sexualität und Kinderzahl, kompetent selbst mitzubestimmen, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und ihre Position als Frau gerade in vielen dieser Länder zu verbessern. Aus diesem Grund sind wir geradezu verpflichtet, dieses Wissen auch dort weiterzugeben. Im Grunde genommen ist die natürliche Familienplanung ja keine besondere Methode. Sie ist eigentlich nichts anderes als angewandtes

Wissen. Die eigene Beobachtung der Körperzeichen ermöglicht es besonders der Frau, die leise Sprache ihres Körpers kennenzulernen und als Ausdruck ihrer sexuellen Existenz Fruchtbarkeit selbst zu spüren und zu erfahren. Dies gilt übrigens für alle Frauen, egal welcher Weltregion, soziologischen oder religiösen Struktur oder welchem Bildungsstand sie angehören.

Referenzen

- 1 Maimonides (1138 – 1204) wurde in Cordoba geboren und musste als Zehnjähriger mit seiner Familie aus politischen Gründen nach Ägypten fliehen. Neben seiner Tätigkeit als Arzt am Hof von Sultan Saladin gilt er als der bedeutendste jüdische Religionsphilosoph des Mittelalters, wobei er vor allem die grundsätzliche Übereinstimmung von Vernunft und Glauben hervorhob. Er hatte starken Einfluss auf die christliche Scholastik.
- 2 Ogino K., *Histological studies on corpora lutea, period of ovulation, relation between corpora lutea and cyclic changes in uterine mucous membrane, and the period of fertilization*, Jap Med World (1928); 8: 147
- 3 Knaus H. H., *Eine neue Methode zur Bestimmung des Ovulationstermins*, Zbl Gynäk (1929); 53: 2193
- 4 Smulders J. N. J., *Periodieke Onthouding in het Huwelijk. Methode Ogino-Knaus*, Decker, van de Vegt en van Leeuwen, Nijmegen-Utrecht (1930)
- 5 Ogino K., *Über den Konzeptionstermin des Weibes und seine Anwendung in der Praxis*, Zbl Gynäk (1932); 56: 721
- 6 Knaus H. H., *Die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit des Weibes*, Zbl Gynäk (1933); 57: 1393
- 7 Die nach 1980 in Deutschland neu konstituierte Arbeitsgruppe NFP führte zunächst bis 1990 eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) groß angelegte Studie über NFP-Methoden durch. Heute verfügt sie über die größte europäische Datenbank mit etwa 43000 prospektiv gesammelten Zyklusaufzeichnungen von 1700 Frauen.
- 8 Frank-Herrmann P., *28 Tage sind nicht die Regel*, Ärztl. Praxis Gynäk (2006); 5: 30
- 9 Haman J. O., *The length of the menstrual cycle; study of 150 normal women*, Am J Obstet Gynec (1942); 43: 870
- 10 Arbeitsgruppe NFP, *Natürliche Methoden der Familienplanung*, Band 239 der Schriftenreihe BMJFFG, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz (1988)
- 11 Fehring R. J., Schneider M., Raviele K., *Variability in the phases of the menstrual cycle*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs (2006); 35: 376

- 12 Brayer F. T., Chiazzè L., Duffy B. J., *Calendar rhythm and menstrual cycle range*, *Fertil Steril* (1969); 20: 279
- 13 Gorrindo T. et al., *Lifelong menstrual histories are typically erratic and trending: a taxonomy*, *Menopause* (2007); 14: 74
- 14 Vollman R., *The menstrual cycle*, WB Saunders, Philadelphia, London, Toronto (1977)
- 15 Der Pearl-Index (Pearl R., *Contraception and fertility in 2000 women*, *Hum Biol* (1932); 4: 363) ist eine Möglichkeit die Zuverlässigkeit einer Empfängnisverhütung auszudrücken. Dabei wird die Zahl der Konzeptionen pro 1200 Anwendungsmonate (das sind 100 sog. „Frauenjahre“) berechnet.
- 16 Tietze C., Potter R. G., *Statistical evaluation of the rhythm method*, *Am J Obstet Gynecol* (1962); 84: 692
- 17 Hartman C. G., *Science and the safe period*, Ballière Tindall & Cassel, London (1962)
- 18 van de Velde T. H., *Über den Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion, Wellenbewegung und Menstrualblutung*, Bohn, Harlem (1904)
- 19 Harvey O. L., Crockett H. E., *Individual differences in temperature changes of women during the course of the menstrual cycle*, *Hum Biol* (1932); 4: 453
- 20 Ober K., Hillebrand W., *Historical note*, *J Biosoc Sci* (1971); 3: 721
- 21 van de Velde T. H., *Die vollkommene Ehe*, Konegen, Leipzig, Stuttgart (1927)
- 22 Hillebrand H., *Zwischen ärztlicher und seelsorglicher Ehehilfe*, Grünewald, Mainz (1962)
- 23 Ober K., Hillebrand W., siehe Ref. 20
- 23 Rubenstein B. B., *Estimation of ovarian activity by the consecutive-day study of basal body temperature and basal metabolic rate*, *Endocrinol* (1938); 22: 41
Palmer R., Devillers J., *Courbe thermique et cycle ovarien: utilisation pour diagnostic de la date de l'ovulation*, *Soc franç de gynéc* (1939); 9: 60
- 24 Gnath C. et al., *Wie korrelieren selbst-beobachtete Zyklus-symptome mit der Ovulation?*, *Zbl Gynäk* (1996); 118: 650
Raith-Paula E. et al., *Natürliche Familienplanung heute*, 4. Auflage, Springer, Heidelberg (2008)
- 25 Palmer R., Devillers J., siehe Ref. 23
Vollmann-Siehr U., *Untersuchungen über die Körpertemperatur der Frau in Korrelation zu den Phasen ihres Genitalzyklus*, *Gebh Gynäk* (1940); 111: 41
Tompkins P., *The use of basal temperature graphs in determining the date of ovulation*, *J Am Med Ass* (1944); 124, 698
- 26 Tayler H. C., *Fortschritte in der gynäkologischen Endocrinologie*, *Geburtsh Frauenheilk* (1949); 9: 709
Ober K., *Aufwachttemperatur und Ovarialfunktion*, *Klin Wochr* (1952); 30: 357
- Döring G. K., *Physiologie und Pathologie der Basaltemperatur bei der Frau und ihre diagnostische Bedeutung*, *Fortschr Med* (1965); 83: 885
- 27 Jacobs C. et al., *Self-observation of the fertile window in the menstrual cycle by the infertility patient: diagnostic relevance and spontaneous pregnancy rate*, *Hum Reprod* (2006); 21: Suppl
- 28 Tompkins P., siehe Ref. 25
- 29 Jacobs C. et al., siehe Ref. 27
- 30 Leidenberger F., *Klinische Endokrinologie für Frauenärzte*, Springer, Heidelberg, New York, Tokyo (2005)
- 31 Hann L. E. et al., *Mittelschmerz*, *J Am Med Ass* (1979); 241: 2731
Hilgers T. W. et al., *Natural family planning III. Inter-menstrual symptoms and estimated time of ovulation*, *Obstet Gynecol* (1981); 58: 575
Vollman R., *The menstrual cycle*, Saunders, Philadelphia, London, Toronto (1977)
- 32 Raith-Paula E. et al., siehe Ref. 24
- 33 Hisao I., *Mittelschmerz*, *Jap J Obstet Gynecol* (1938); 21
- 34 Freundl G., Baur S., Bremme M., Döring G., *Natürliche Familienplanung: Neue Technologien und Studien zur Methode*, *BMJFFG* (1991)
- 35 O'Herlihy C., *Preovulatory follicular size: A comparison of ultrasound and laparoscopic measurements*, *Fertil Steril* (1980); 34: 24
- 36 Davis M., Fugo N., *The cause of physiological basal body temperature changes in women*, *J Clin Endocrinol* (1948); 8: 550
- 37 Zuspan K. J., Zuspan F. P., *Thermogenic alterations in the women. Basal body, afternoon, and bedtime temperatures*, *Am J Obstet Gynecol* (1974); 120: 441
Leyendecker G. et al., *Hypophysäre Gonadotropine und ovarielle Steroide im Serum während des normalen menstruellen Zyklus und bei Corpus-luteum-Insuffizienz*, *Arch Gynäkol* (1975); 218: 47
World Health Organization, *Temporal relationship between ovulation and defined changes in the concentration of plasma estradiol- β , luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, and progesterone. I. Probit analysis*, *Am J Gynecol* (1980); 138: 383
World Health Organization, siehe Ref. 38
De-Mouzon J. et al., *Time relationship between basal body temperature and ovulation or plasma progesterone*, *Fertil Steril* (1984); 41: 254
Leidenberger F., siehe Ref. 30
- 38 World Health Organization, *Temporal relationship between ovulation and defined changes in the concentration of plasma estradiol- β , luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone, and progesterone. II. Histologic dating*, *Am J Gynecol* (1981); 139: 886

- Raith-Paula E. et al., siehe Ref. 24
- 39 Vollman R., *Fruchtbarkeit und Temperaturkurve der Frau, Kyklus*, Zürich (1947)
- 40 Ferin J., *Détermination de la période stérile prémenstruelle par la courbe thermique*, Brux Méd (1947); 27: 2786
- 41 Döring G. K., *Ein Beitrag zur Frage der periodischen Fruchtbarkeit der Frau auf Grund von Erfahrungen bei der Zyklusanalyse mit Hilfe der Temperaturmessung*, Geburtsh Frauenh (1950); 10: 515
- 42 Döring G. K., *Die Temperaturmethode zur Empfängnisverhütung*, 10. Auflage, Thieme Stuttgart (1989)
- 43 Holt J. C., *Geburtenregelung auf biologischem Wege*, Denticke, Wien (1959)
- 44 World Health Organization, *Biology and fertility control by periodic abstinence*, WHO (1967), S. 360
- 45 Rosmus T., *Die Selbstbeobachtung der Frau durch die symptomthermale Methode der natürlichen Familienplanung (NFP) unter besonderer Berücksichtigung von Zyklusphänomenen, Störfaktoren und Praktikabilität der Methode*, Med Dissertation, Universität Düsseldorf (1992)
- 46 World Health Organization, siehe Ref. 44
Döring G. K., *Über die Zuverlässigkeit der Temperatur-Methode zur Empfängnisverhütung*, Dt med Wochr (1967); 92: 1055
- 47 http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_ge.html
http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_exhortations/documents/hf_jp-ii_exh_19811122_familiaris-consortio_ge.html
- 48 Shettles L. B., *Cervical Mucus: Cyclic variations and their clinical significance*, Obstet Gynecol Surv (1949); 4: 614
Knaus H., *Die Physiologie der Zeugung des Menschen*, 3. Auflage, Maudrich, Wien (1950)
Cohen M. et al., *Spinnbarkeit. A characteristic of cervical mucus. Significance at ovulation time*, Fertil Steril (1952); 3: 201
Pommerenke W. T., *Phenomena correlated with ovulation as guides to the appraisal of the so-called safe period*, J Obstet Gynaecol Br (1953); 60: 519
- 49 Pouchet F. A., *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation de mammifères et de l'espèce humaine*, Baillière, Paris (1847)
Smith W. T., *The pathology and treatment of leucorrhoea*, Churchill, London (1855)
- 50 Sims J. M., *Illustrations of the value of the microscope in the treatment of the sterile condition*, Brit Med J (1868); 2: 465
Huhner M., *Diagnosis and treatment of sterility in the male and female*, Med Digest (1938); 6: 346
- 51 Knaus H., siehe Ref. 48
- 52 Billings J. J., *The Ovulation Method*, Advocate Press, Melbourne (1964)
- 53 Billings J. J., Billings E. L., *Determination of fertile and infertile days by the mucus pattern: Development of the ovulation method*, Proc Res Conf on Nat Fam Plann, Airlee House, Warrenton, USA (1972)
- 54 Marshall J., *Natural Family Planning*, Lancet (1976); II: 1085
- 55 Johnston J. A., Roberts D. B., Spencer R. B., *NFP Service and Methods in Australia*, Int Rev Nat Fam Plann (1979); 2: 328
- 56 Dorairaj K., *The modified mucus method in India*, Am J Obstet Gynecol (1991); 165: 2066
Arevalo M. et al., *Efficacy of the new Two Day Method of family planning*, Fertil Steril (2004); 82: 885
- 57 Rötzer J., *Kinderzahl und Liebeshe, Herder, Wien (1965)*
Rötzer J., *Natürliche Empfängnisregelung*, Herder, Wien (2006)
- 58 Thyma P., *The Double-Check Method of Family Planning*, Modern Printing Co, USA (1977)
Arbeitsgruppe NFP, *Natürlich und Sicher*, 17. Auflage, Trias, Stuttgart (2005)
- 59 Frank-Herrmann P. et al., *The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study*, Hum Reprod (2007); 22: 1310
Raith-Paula E. et al., siehe Ref. 24
- 60 Arbeitsgruppe NFP (Hrsg.): *Natürlich und sicher*, 17. Auflage (2005), <http://www.nfp-online.de/Literatur.39.o.html>
- 61 Gnoth C. et al., siehe Ref. 24
- 62 Döring K. G. et al., *Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage zum Familienplanungsverhalten in der Bundesrepublik Deutschland 1985*, Geburtsh Frauenheilk (1985); 45: 892
- 63 Freund G., Frank-Herrmann P., Godehardt E. et al., *Die Effektivität von Zyklusmonitoren zur Bestimmung des fertilen Fensters*, Geburtsh Frauenheilk (2003); 63: 778
Freund G., Freundl-Schütt T., *Fertilitätscomputer und Ihre Wertigkeit*, Gynäkologe (2006); 39: 678
- 64 Bartens W., *Kleine Erfolge, große Not*, Süddeutsche Zeitung vom 15. September 2010
- 65 Raith-Paula E. et al., siehe Ref. 24
Freundl G. et al., siehe Ref. 34
- 66 World Health Organization, siehe Ref. 38
Raith-Paula E. et al., siehe Ref. 24
- 67 Hafez E. S. E. (Ed.), *Atlas of Mammalian Reproduction*, Thieme, Stuttgart, Tokyo (1975)
- 68 Groth C. et al., siehe Ref. 24

Angelika Pokropp-Hippen

Psychodynamik im Schwangerschaftskonflikt

The Psychodynamics of Gestational Conflict

Zusammenfassung

Frauen nach einer Abtreibung berichten häufig, dass ihnen im Schwangerschaftskonflikt positive Unterstützung des sozialen Umfeldes und der Mut zum Leben mit dem Kind gefehlt haben. Auf dem Hintergrund der Entwicklungspsychologie wird der Zusammenhang zwischen emotionalen Ressourcen und Ich-Stärke in Hinblick auf die Fähigkeit untersucht, in einem Konflikt die eigene Position vertreten und realisieren zu können. Die Bedeutung der Autonomieentwicklung wird verdeutlicht. Es wird dargestellt, dass die Schwächung des Selbstwertes in Hinblick auf den Ausgang eines Schwangerschaftskonfliktes bedeutsam sein kann. Das Risiko der Entwicklung eines Post Abortion Syndroms als Erkrankung nach einer Abtreibung wird vorgestellt. Auch die Verwendung von Verhütungsmitteln kann zu einem grundsätzlichen Entscheidungskonflikt führen, was an einem Fallbeispiel verdeutlicht wird.

Schlüsselwörter: Psychodynamik, Schwangerschaftskonflikt, Autonomieentwicklung, Ressourcen, Post Abortion Syndrom

Abstract

Women after an artificial abortion often report that faced with the dilemma of an unwanted pregnancy (gestational conflict), they lacked the positive support of their social environment and felt no courage to lead a life with a child. Developmental psychology provides the background for linking emotional resources to the power of the ego, which should enable women to overcome situations of conflict by reaching their objectives and defending their position. The importance of the development of autonomy becomes evident. This article will show that the weakening of self-value can have an important impact on the final outcome of a gestational conflict. The risk of a post-abortion syndrome as a well-defined disease following an abortion is also presented. Also, how the use of artificial contraceptives can lead to a basic decisional conflict is illustrated with a case example.

Keywords: Psychodynamics, Gestational Conflict, Development of Autonomy, Resources, Post-Abortion Syndrome

Dr. med. Angelika Pokropp-Hippen
Ottmarsbocholder Straße 4
D-48163 Münster
apokropphippen@aol.com

Ein Schwangerschaftskonflikt geht stets mit einer Entscheidungskrise einher. Die Entscheidung über Leben oder Tod des ungeborenen Kindes stellt eine starke emotionale Belastung dar. Nach meiner Erfahrung wird die schwangere Frau oft in hohem Maße von ihrem sozialen Umfeld in ihrer Entscheidungsfindung beeinflusst. Sie erlebt in der emotionalen Auseinandersetzung mit den die Krise auslösenden Faktoren oft eine Wiederholung früherer Konflikte und emotionaler Mangelenerfahrungen. Die Psychodynamik des Schwangerschaftskonfliktes mit folgender Abtreibung kann häufig mit einer Psychodynamik des emotionalen Mangels in der Ursprungsfamilie und im gegenwärtigen psychosozialen Umfeld in Beziehung gesetzt werden. In vielen Fällen haben sich schon von frühester Kindheit an eine Schwächung in der Wahrnehmung und Wertung des eigenen Selbst und eine geringe Fähigkeit zur Abgrenzung von den Impulsen eines fordernden Gegenüber manifestiert. Bei der Anamneseerhebung tritt oft ein Mangel an positiver Zuwendung in der Kindheit einhergehend mit einer Schwächung des Urvertrauens zu Tage. In Konflikten kann dann eine hilfreiche Verstärkung durch Abrufen von Ressourcen selten genutzt werden. Die Identitätsbildung ist auf dem Boden des geschwächten Selbstwertgefühls fragil. Das Durchsetzungsvermögen und die Konfliktfähigkeit leiden darunter. Zur Verdeutlichung der Bedeutung einer die Autonomie fördernden Erziehung werde ich Aspekte der Entwicklungspsychologie beleuchten. Es folgen Fallbeispiele aus meiner ärztlich-psychotherapeutischen Arbeit welche zeigen, welchen Zusammenhang es zwischen einem erfahrenen emotionalen Mangel in der eigenen Sozialisation und der Beendigung einer Schwangerschaft durch Abtreibung als Tradierung von eigenen emotionalen Mangelenerfahrungen gibt. In diesem Zusammenhang werde ich auch die Erkrankung nach Abtreibung, das Post Abortion Syndrom, thematisieren.

1. Entwicklungspsychologische Aspekte

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist

vielfach in der wissenschaftlichen Literatur belegt, dass ein Mangel an liebevoller, aufmerksamer Zuwendung die Ich-Identität und Ich-Stärke sowie die Konfliktfähigkeit in Abhängigkeit vom Ur- und Selbstvertrauen entscheidend vom ersten Lebensjahr an beeinflusst. Die Arbeiten von Rene Spitz (1887 – 1974) seit den 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts dokumentierten, dass emotionale und psychosoziale Vernachlässigung in der Sozialisation der ersten Lebensjahre massive Folgeschäden bis hin zu letalem Ausgang hinterlässt. Er untersuchte die Entwicklung der menschlichen Kommunikation und der Sprachentwicklung auf dem Hintergrund der Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind im ersten Lebensjahr. Nach Spitz durchläuft diese Entwicklung in Alters- und Reifeabschnitten drei Stadien. Affektive Indikatoren wie das soziale Lächeln (2./3. Monat), die Fremdenangst (7./8. Monat) oder die Geste des Nein (15./18. Monat) machen auf die zum Teil sprunghaft verlaufenden Veränderungen im kindlichen Organismus und Verhalten aufmerksam. Eine Störung der Mutter-Kind Beziehung kann sich äußern in aktiver oder passiver Ablehnung des Kindes, Überfürsorglichkeit, abwechselnder Feindseligkeit und Verwöhnung sowie mit Freundlichkeit verdeckter Ablehnung. Dieser Mangel an Objekt Konstanz wird vom Kind als Bedrohung der Objektbeziehung erlebt und führt zu verschiedenen psychischen und psychosomatischen Störungen, welche von Ekzemen der Haut über depressive Krankheitssymptome bis zum Vollbild des Hospitalismus reichen.

In diesem Kontext möchte ich auf die Veröffentlichungen von Phillip G. Ney und Marie Peeters-Ney zur Thematik des Post-Abortion-Surviver-Syndroms, der psychosozialen Erkrankung von Menschen im Umfeld einer Abtreibungstraumatisierung, hinweisen. Die oben genannten Faktoren wie Überfürsorglichkeit, abwechselnde Feindseligkeit und Verwöhnung sowie mit Freundlichkeit verdeckte Ablehnung geborener Kinder werden von den Autoren als klassische Verhaltensmuster und Verhaltensmängel bei eigener Betroffenheit

vom Post Abortion Syndrom beschrieben.²

Sigmund Freud (1856 – 1939)³ entwickelte das Modell des Bewussten, Vorbewussten (aufmerksamkeitsgesteuert) und Unbewussten (unzugänglich, Ausnahme: Träume) und sah die Psyche in ES als unbewussten Anteil und Herkunft der Triebe, Ich (teils bewusst, vermittelt zwischen Realität und Es, rational) sowie Über-Ich (Moralinstanz, kontrolliert das Ich, teilbewusst) gegliedert. Seine Stadien der psychosexuellen Entwicklung fanden weite Verbreitung. Er beschrieb die orale Phase (0. – 1. Lebensjahr), anale Phase (2. – 3. Lebensjahr), phallische Phase (4. – 5. Lebensjahr), Latenzphase (6. – 7. Lebensjahr) und genitale Phase (8. Lebensjahr bis Pubertät). In Hinblick auf die möglichen Folgen eines erlittenen emotionalen Mangels ist von großer Bedeutung, dass Freud erkannte, dass frühkindliche Erfahrungen den Charakter prägen. Er sprach von Fixierungen bei zu großer oder zu geringer Triebbefriedigung und einer typischen Expression dieser Fixierung je nach der Phase, in welcher sich diese Erfahrung des zu viel oder des zu wenig manifestierte. Eine Fixierung in der oralen Phase hat typischerweise eine Neigung zur Abhängigkeit von anderen zur Folge und zeigt sich oft in übermäßigem Essen, Trinken oder Rauchen. Störungen in der analen Phase gehen oft mit zwanghaft ordentlichem oder schlampigen Verhalten einher. Fixierungen in der phallischen Phase zeigen sich häufig in einem übertriebenen Rivalitätsverhalten. Freud erkannte, dass es bei emotionalen Überlastungen zu einer Rückzugsneigung auf frühkindliche Entwicklungsstufen kommt, was er mit dem Begriff der Regression beschrieb.

Milton Erickson (1902 – 1980)⁴ gilt als Vater der Neo-Psychoanalyse und modifizierte die Theorien Freuds. Er unterstrich die Bedeutung der Menschen als aktive Wesen, welche Handlungskompetenz in der Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt besitzen und deren Entwicklung über das ganze Leben verläuft. Er sah die psychosoziale Entwicklung weniger von Sexualtrieben als von sozialen Einflüssen

geprägt. Er formulierte die in dem Kontext meiner Theorie wichtige These des Urvertrauens oder des Urmisstrauens als typische Entwicklungsthematik der ersten zwei Lebensjahre. In dieser Zeit findet der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur primären Bezugsperson statt. Werden die Bedürfnisse des Säuglings nicht ausreichend befriedigt, sieht Ericson die Gefahr der Entwicklung von Argwohn als Grundfärbung der Beziehung zum Leben.

In den ersten drei Lebensjahren beschreibt Erickson die Phase der Autonomieentwicklung, welche bei mangelnder Förderung des Kindes eine Entwicklung zur Neigung zu Selbstzweifel und Scham zur Folge hat. Für die folgende Phase vom 3. bis 6. Lebensjahr beschreibt er bei restriktiver Erziehung eine mangelnde Entwicklung von Initiative, eine Neigung zu übertriebenen Schuldgefühlen. Das Kind entwickelt typischerweise die Überzeugung, dass alles, was es tun möchte, falsch ist. In diesem Kontext findet dann eine entscheidende Schwächung des Selbstwertes und der Konfliktfähigkeit statt.

Die Entwicklungsmodelle des Behaviourismus J. Watson (1878 – 1958) und B. F. Skinner (1904 – 1990)⁵ sehen menschliches Verhalten fast ausschließlich über das Lernen (Umwelteinflüsse) bestimmt, weniger über das Erbgut. Sie beschreiben die Formen des Lernens als klassisches und instrumentelles (*operantes*) Konditionieren. Babys werden nach ihrer Erkenntnis als *tabula rasa* geboren. Menschliche Entwicklung basiert auf habits als Erwerb von Assoziationen zwischen Stimuli und Reaktion. Die Erweiterung dieses Modells erfolgte durch A. Bandura (geb. 1925)⁶ und seine sozial kognitive Lerntheorie, die das Lernen am Modell entwickelte und das Gelernte in Abgrenzung zum Behaviorismus nicht automatisch als ausgeführt sah. Er entwickelte das Modell der Konditionierung in Abhängigkeit vom Modell, dem Beobachter, der Wiederholung und der Verstärkung und beschreibt eine Wechselwirkung zwischen Person, Umwelt und Verhalten.

Die ökologische Systemtheorie (U. Bronfenbrenner)⁷ sieht die natürliche Umwelt als wesentliche Quelle der Entwicklung, J. Bowlby⁸ sieht für

jede Spezies angeborene Verhaltensmerkmale, die unabhängig von Lernerfahrung innerhalb einer Art universell auftreten, sowie Lerndispositionen, die in lernsensiblen Phasen ihre Prägung erhalten und artspezifisch sind. Die sensible Phase für die Entwicklung der Bindungsfähigkeit setzt er im Zeitraum von ca. 6 Monaten bis drei Jahren in Korrelation mit der Lerndisposition für Interaktionen zwischen Mutter und Kind fest.

Fasst man die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie zusammen, stimmen die von unterschiedlichen Ansätzen her kommenden zitierten Autoren darin überein, dass sie die ersten drei Lebensjahre der menschlichen Entwicklung für die Reifung, Determination und Expressionsfähigkeit der personalen Entwicklung und Kompetenz in Abhängigkeit von Bindungs- und Beziehungserfahrungen gesehen in ihrer Bedeutung für wesentlich halten. Ein Mangel von Bindungs- und Beziehungserfahrungen hat negativen Einfluss auf die Entwicklung von Ich-Stärke, Selbstbewusstsein, Urvertrauen, Autonomie, Handlungsinitiative, Lernmotivation und psychosozialer Kompetenz sowie Frustrationstoleranz. Dieser Mangel kommt im Umgang und in der Bewältigung von Konflikten zum Tragen.

2. Angewandte psychotherapeutische Verfahren

Die Psychodynamik des Konfliktes steht nach tiefenpsychologischer Ansicht in Interaktion mit der persönlichen Entwicklung. Es werden dynamische Zusammenhänge gesucht, die sich konflikthaft in einem Leben immer wieder konstellieren und oft einen verhängnisvollen Wiederholungszwang zu haben scheinen. Schon seit den Anfängen der psychotherapeutischen Arbeit war bekannt, dass Menschen spontan zu den von ihnen verbalisierten Inhalten Bilder im Bewusstsein hatten. Der Göttinger Arzt und Psychoanalytiker Hans Carl Leuner hat 1954 seine Methode des Katathymen Bilderlebens zum ersten Mal publiziert.⁹ Katathym bedeutet aus dem Griechischen übersetzt „gemäß der Seele, der Emotionalität.“ Leuner erkannte die psychischen Selbstheilungskräfte, die in der Beschäftigung mit den inneren Bildern zu emotionalen Zusammenhängen stecken. Er entwickelte eine Systematik von standardisierten Motiven für die Grund-, Mittel- und Oberstufe des Verfahrens, wobei darüber hinaus dem erfahrenen Therapeuten eine freie assoziative Arbeit auf dieser Basis möglich ist. So können sich psychodynamische Prozesse und unbewusste Konflikte auf der Symbolebene

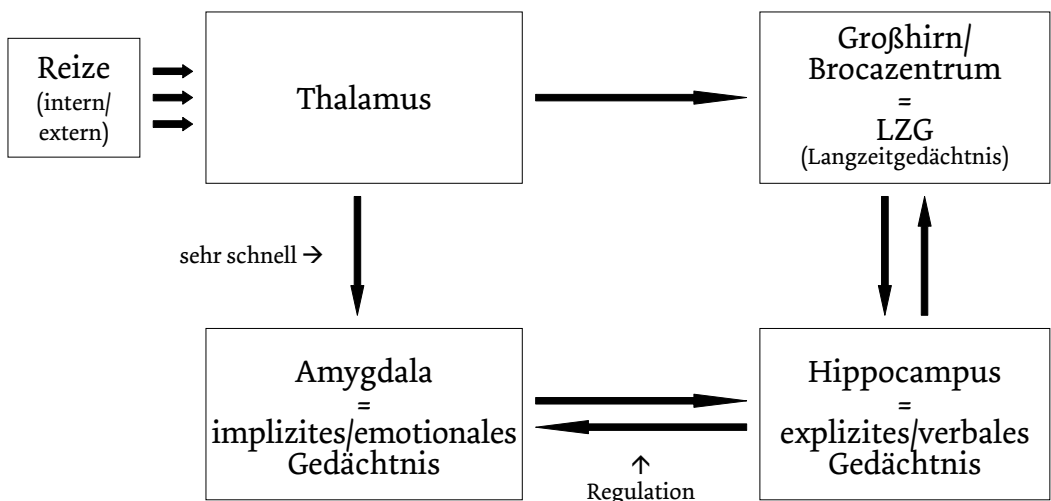


Abb. 1: Neurobiologische Grundlage: Ein vereinfachtes Modell des Normalzustandes¹⁰

manifestieren und dort unter Nutzung der Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut(in) und Patient(in) genutzt werden.

Die Arbeit auf der Symbolebene mit verdrängten und unter Umständen dem Tagesbewusstsein verloren gegangenen Zusammenhängen ist auch und gerade für die Arbeit mit Traumatisierten von besonderer Bedeutung. Die Katathym-imaginative Psychotherapie hat sich als spezielle Therapieform für Traumata in den letzten 15 Jahren entwickelt.¹⁰ Unter Nutzung von Ich-stützenden und Ich-stabilisierenden Motiven wie beispielsweise dem „sicheren und geschützten Ort“ und „inneren Helfern“ wird auf der Symbolebene unter strikter Vermeidung einer Retraumatisierung eine emotional sichere Basis entwickelt, auf der dann nach der Einführung des Umgangs mit dem (heilen) inneren Kind das verletzte innere Kind wahrgenommen und vom Ort der Traumatisierung weg in Sicherheit gebracht werden kann, was oft im Leben der Patienten eine positive Auswirkung hat und vitalisierende Energie zur Neugestaltung des Lebens freisetzen kann. Zielführend ist, dass die traumatischen Erfahrungen nicht mehr unbewusst das Leben färben und dominieren, sondern erkannt, bearbeitet und in das Selbst der Person integriert den Weg frei ge-

ben vom ewigen Gestern der Traumaerfahrung zum Hier und Jetzt der aktuellen Lebensgestaltung.

Die traumatherapeutische Arbeit spielt auch und gerade bei der Beschäftigung mit Schwangerschaftskonflikten oder den Folgen einer Abtreibung, dem Post Abortion Syndrom, eine große Rolle. Ich möchte kurz anhand von Fallbeispielen die Vorgänge bei einer Traumatisierung verdeutlichen.

3. Die traumatische Erfahrung

Die Fähigkeit, emotionale Inhalte bildlich abzuspeichern ist im Mandelkern, der Amygdala (implizites, emotionales Gedächtnis) im Gehirn organisch angelegt. Dort erhalten sensorische Eindrücke ihre emotionale Färbung. Beispielsweise reagiert ein Mensch auf die sensorische Wahrnehmung eines Hundes mit Freude, der andere mit Angst und Abwehr. Diese emotionale Reaktion auf die sensorische Wahrnehmung findet in der Amygdala statt (Abb. 1). Bei einer schweren Traumatisierung wird die Verbindung zwischen der Amygdala und dem nachgeschalteten Hippocampus als Ort der Speicherung dieser emotionalen Erfahrung und der Verschaltung mit der Fähigkeit, diese emotionale Erfahrung verbal auszudrücken (explizites, verbales Gedächtnis) unterbrochen. Typischerwei-

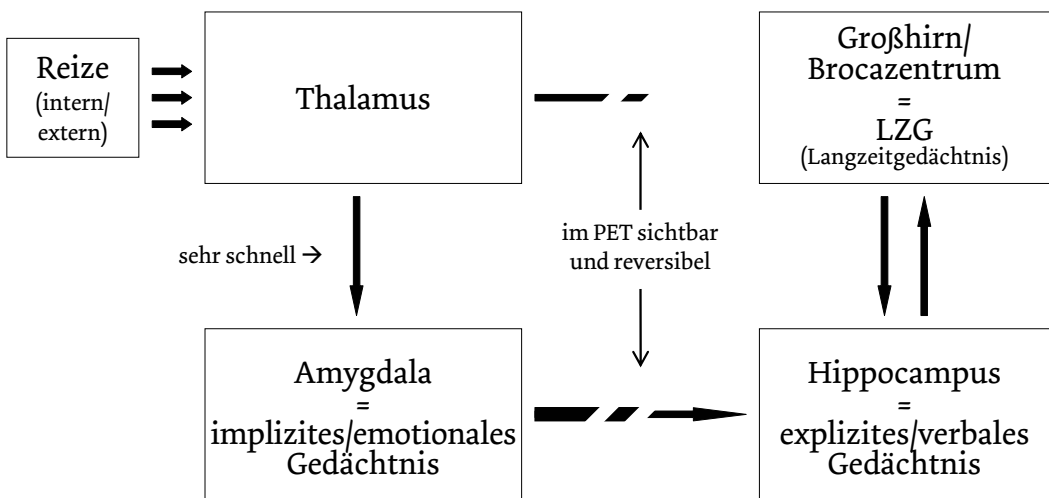


Abb. 2: Neurobiologische Grundlage: Ein vereinfachtes Modell eines Menschen mit Posttraumatischer Belastungsstörung¹⁰

se „fehlen dann die Worte“, um erlittene Traumatisierungen auszudrücken. Häufig ist selbst die Erinnerung an die Traumatisierung bruchstückhaft und überschwemmt nicht selten bei entsprechendem Triggerreiz (Auslösereiz) bildlich und emotional das Bewusstsein des Betroffenen. Dies bezeichnet man als „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS, Abb. 2). Aktuell wird diese Erkrankung als Traumatisierung von Bundeswehrsoldaten nach kriegsähnlichen Einsätzen in Afghanistan publiziert. Das Post Abortion Syndrom als Teil der posttraumatischen Belastungsstörung wurde bislang in wissenschaftlichen Untersuchungen vernachlässigt, das Erkrankungsrisiko nach einer Abtreibung weitgehend verleugnet und verdrängt. Bislang existiert in der ICD-10(International Classification of Diseases) keine Benennung oder eigene Abrechnungsziffer zum Post Abortion Syndrom, was die Situation verdeutlicht. Einem flächendeckenden Netz von Abtreibungsinstitutionen steht leider in keiner Weise ein therapeutisches Netz zur Behandlung der psychischen und psychosomatischen Folgen der Abtreibung gegenüber.

3.1 Das Post Abortion Syndrom¹¹

Das Post Abortion Syndrom (PAS) ist eine Form der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).¹² Es handelt sich dabei um eine seelische und/oder körperliche Erkrankung, die in einem zeitlich variablen Intervall nach einer Abtreibung auftritt. Häufigkeit der PAS: Jede Abtreibung ist ein Trauma. Die geschätzte Manifestation von Störungen unterschiedlicher Stärke und Ausprägung liegt bei 80%. Die Ausprägung ist sowohl psychisch, physisch als auch psychosomatisch. Es lassen sich typische Störungen¹³ sowie Zeiten der Manifestation erkennen (siehe Tab. 1).¹⁴

3.1.1 Drei Fallbeispiele zum Post Abortion Syndrom

Fall 1: Bilder der Frau

Eine Patientin zeichnet folgendes Bild: Zu sehen ist eine Frau, ohne Hände und Füße (symbo-

lisch ohne Handlungskompetenz und Erdung im realen Leben) in einem Käfig, der bis zur Hälfte mit Blut gefüllt ist (Abb. 3). „Dies ist das Blut meines abgetriebenen Kindes“, erklärte sie in der Therapie. Sie hatte mit Mitte Dreißig nach 15 Ehejahren die „Pille“ abgesetzt und war verunsichert durch ihre ambivalenten Gefühle auf die eingetretene Schwangerschaft. Sie konsultierte Beratungseinrichtungen für Schwangere (Pro Familia und Donum Vitae), ohne dort jedoch die emotionale Unterstützung zu finden, nach der sie in Hinblick auf ihre Mutterschaft eigentlich suchte. Im Gegenteil: Man erklärte ihr, dass manche Frauen eben erst schwanger werden müssten, „um zu erkennen, dass sie keine Mutter sein wollten“ und legte die Abtreibung nahe bzw. verhielt sich „ergebnisoffen“, was der Patientin in ihrer inneren Not nichts nützte. Der Ehe-

Typische Krisenzeiten zur Manifestation des PAS

- reaktive psychische Störungen unmittelbar nach der Abtreibung
- in den ersten Wochen und Monaten nach der Abtreibung
- um den Geburtstermin des abgetriebenen Kindes
- in den Folgejahren: um den Geburtstag und um den Tötungstermin = Sterbetag des Ungeborenen
- bei Schwangerschaft und einer Geburt selbst oder in deren zeitlichem Umfeld
- bei schwerer Krankheit oder Unfall geborener Kinder
- nach einem Todesfall (das abgetriebene Kind hatte kein Grab, sondern wurde als Organmüll entsorgt)
- nach Trennung oder Scheidung, nach Auszug der Kinder
- im Klimakterium
- bei Konfrontation mit dem eigenen Tod

Tab. 1: Typische Krisenzeiten zur Manifestation des PAS

mann erkannte zu spät, dass sein Schutz und seine Unterstützung im wahrsten Sinne des Wortes „notwendig“ gewesen wären und wünschte sich insgeheim jene Frau zurück, die er in den 15 Ehejahren hatte. Seinem Dafürhalten nach würde mit der Abtreibung der Partnerschaftskonflikt beseitigt. Anschließend musste er jedoch erkennen, dass er mit seiner Ehefrau durch die Tötung des gemeinsamen Kindes in eine tiefe Ehekrise mit ständigen aggressiven Attacken und Schuldzuweisungen geraten war. Die Frau kreiste nach eigenen Beschreibungen zu 90 Prozent der wachen Zeit rund um die Entwicklung und Entscheidung zur Abtreibung. Als sie von der Narkose erwachte, durchfuhr sie sofort der Gedanke: „Ich habe den größten Fehler meines Lebens gemacht“, „Ich habe mein Leben abgeschnitten.“ Sie versank in eine schwere Depression mit suizidalen Gedanken. Die Patientin: „Ich fühle mich stückweise geschlachtet.“ Ein „Ersatzkind“ sollte heilend auf die desolante Situation wirken. Die Geburt des

zweiten Kindes verlief schwer mit über 25 Stunden Wehen und Geburtsstillstand mit nachfolgender Sectio (Kaiserschnittentbindung). Hebammen beschreiben, dass Geburtskomplikationen nach einer Abtreibung nicht selten sind. Auch hier wären wissenschaftliche Untersuchungen der Häufigkeit auch im Sinne der Prävention von Komplikationen von klinisch großer Bedeutung. Bei dem Neugeborenen entwickelte sich eine fieberhafte Erkrankung. Dies deutete die Mutter sofort als Strafe wegen der Abtreibung. Hier zeigt sich die Entwicklung zum „Post Abortion Survivor Syndrom“, die als eine systemische Erkrankung der Familienmitglieder nach einer oder mehreren Abtreibungen beschrieben wird.¹⁵ Der Käfig der Frau steht symbolisch für ihre Antriebsstörung in der Depression, ihre Schuld- und Schamgefühle, die eine soziale Isolation zur Folge haben. Sie hält den Käfig der Hölle ihrer Leiden am Post Abortion Syndrom sozusagen von innen zu, aus Angst vor der Schuldzuweisung an-



Abb. 3: Zeichnungen einer Patientin nach einer Abtreibung

derer und deren Verachtung. Diese „Anderen“ sind im rechten Bildteil schemenhaft dargestellt, die Patientin fühlt sich verlacht. Ihr Mann, unter dem Käfig mit seinen Liebesbeteuerungen ebenfalls von der Frau isoliert, leidet ebenfalls am Post Abortion Syndrom und empfindet: „Du bist ein Versager. Du hast Deine Frau und Dein Kind nicht geschützt. Ich verlange, dass ich leide. Du bist ein Feigling, dass Du Dich nicht aufhängst.“ Da er sich den inneren Auftrag gab, zu leiden, bleibt er passiv den aggressiven Ausbrüchen seiner Frau ausgeliefert, wobei das geborene kleine Kind dieser Atmosphäre mit den entsprechenden Folgen für seine Entwicklung hilflos ausgeliefert ist. Es ist ein wahrer Teufelskreis von Schuld, Wut und Depression entstanden, welcher dringend der therapeutischen Behandlung und spirituellen Erlösung bedarf.

Am Beispiel der Kindheitsgeschichte dieser Patientin lässt sich die Bedeutung des emotionalen Mangels als bahndem Faktor zur Entwicklung eines Schwangerschaftskonfliktes erkennen. Die Ehe der Eltern der Patientin wurde ohne den Segen der Großfamilie geschlossen, die Kontakte zur Verwandtschaft waren nur sporadisch. Als die Patientin im Kleinkindalter war, zogen die Eltern als Gastarbeiter nach Deutschland, der Kontakt zur geliebten Großmutter väterlicherseits, welche der Patientin als Geborgenheit vermittelnd in Erinnerung ist, wurde abgebrochen. Beide Eltern gingen in Deutschland ganztags arbeiten, die Patientin kam in eine Kindertagesstätte, wo sie kein Wort verstand. Sie erinnert, wie sie morgens weinend aus dem Schlaf gerissen und angezogen wurde und ihre Eltern erst abends wieder sah.

Die Wohnung der Familie war auf einem abgelegenen Gelände, ohne Bad und Toilette. In der Schule schämte sich die Patientin Mitschülerinnen zu sich einzuladen, was die soziale Einbindung in der Klassengemeinschaft schwierig machte. Ihre Schwester wurde geboren, als die Patientin die Grundschule besuchte. Die Schwester war von den Eltern nicht geplant. Die Patientin musste nachmittags ganz allein auf das Baby aufpassen, sie konnte

nur eine Nachbarin bei Notfällen fragen. Diese frühe Verantwortung für die kleine Schwester vergrößerte die soziale Isolation. Als die Patientin 15 Jahre alt war, erinnert sie sich, wie die Eltern sie und ihre Schwester mit zu einem „Ausflug“ nach Holland nahmen. Dies war ganz ungewöhnlich, da es sonst nie solche Ausflüge gab. Der Vater und die Mutter gingen weg und kamen nach langer Zeit wieder mit der weinenden Mutter zurück, die gerade ihr drittes Kind abgetrieben hatte. Die Patientin erfuhr dies erste viel später, wusste es aber intuitiv sofort. Sie hasste und verachtete ihre Mutter, die sich wie der Vater noch mehr in Arbeit stürzte. Der Vater begann zu trinken. Die Patientin kann sich bei diesem Hintergrund umso weniger verzeihen, wie die Mutter abgetrieben zu haben. Die Praxis zeigt, dass sich das Thema Abtreibung mitunter über Generationen wiederholt. Hier wäre eine soziologische und psychologische Erforschung der Zusammenhänge wichtig.

Die psychosoziale Situation der Patientin in der Kindheit war geprägt durch einen Mangel an emotionaler Konstanz durch die Eltern und die traumatische Erfahrung der Trennung von der Geborgenheit vermittelnden Großmutter. Die erlittene Ausgrenzung als „Ausländerkind“ in einer schäbigen Wohnung wurde durch Leistung zu kompensieren versucht, wobei der Selbstwert auf Grund der erfahrenen Mangelsituation in der Kindheit schwach ausgeprägt war. Die Traumatisierung durch die vorgeburtliche Tötung des Geschwisterkindes lastet bis heute emotional unaufgearbeitet auf der gesamten Familie und wirkt auf die Beziehungen destabilisierend, wie für das Post Abortion Survivor Syndrom beschrieben. Der Ehemann hat ebenfalls eine Mangelenerfahrung als Scheidungsweise mit einer ihn überbehütenden und bis weit in die Pubertät für sich vereinnahmenden Mutter hinter sich. Auch er kompensierte die innere emotional defizitäre Situation durch Leistung. Das Leben des Paares kreiste um Leistung, Reisen und Statussymbole. Die Schwangerschaft wurde unbewusst als Bedrohung der erreichten leistungsabhängigen

Selbstaufwertung empfunden. Durch die Abtreibung sollte der Status quo erhalten und die Lebensausrichtung fortgesetzt werden, welche man durch ein Kind und seine Ansprüche bedroht sah. Die dem Kind zugewandte, lebensbejahende Seite wurde leider in den erfolgten Beratungen nicht gestärkt und so die Entwicklung zur Abtreibung hin indirekt unterstützt. Die Situation im Post Abortion Syndrom schwächt weiter zentral den Selbstwert der Partner. Die Beziehung ist durch Schuld- und Aggressionszuweisungen akut bedroht, wie es auch die Zeichnungen des Ehemanns ausdrücken.

Fall 1: Bilder des Mannes

Männer zeichnen ihre Situation anders. In Abb. 4 a) ist zunächst die Neigung zur aggressiven Selbstverletzung der Frau dargestellt: Sie schlägt ihren Kopf gegen eine Wand und verletzt sich selbst. Das Thema der Verletzung als unbewusste Form der Bestrafung spielt in der belasteten Bezie-

hung eine große Rolle. Daneben zeichnet der Ehemann, wie er passiv dem Agieren seiner Frau durch seine Schuldblockade und Selbstbestrafungsneigung ausgeliefert wie eine Puppe an ihrem Faden hängt (Abb. 4 b). Sie lässt keine wirkliche Nähe zu und gibt ihn auch nicht frei. Beide haben eine unbewusste Übereinkunft, aneinander zu leiden.

Die dritte Zeichnung zeigt die Intention des Ehemannes, nach vorn in die Zukunft zu schauen (Abb. 4 c). Seine Frau, die nur nach rückwärts gewandt in den Zeichnungen ein Gesicht hat, dass heißt, sich bei den Gedanken an das Vergangene identifiziert, kann nicht mit ihm nach vorn schauen. Sie ist wie Lots Frau (Gen 19, 26) erstarrt in den Themen der Vergangenheit, im Post Abortion Syndrom.

Fall 2

Ein weiterer Fall verdeutlicht die Beziehung zwischen erlittenem emotionalen Mangel in der

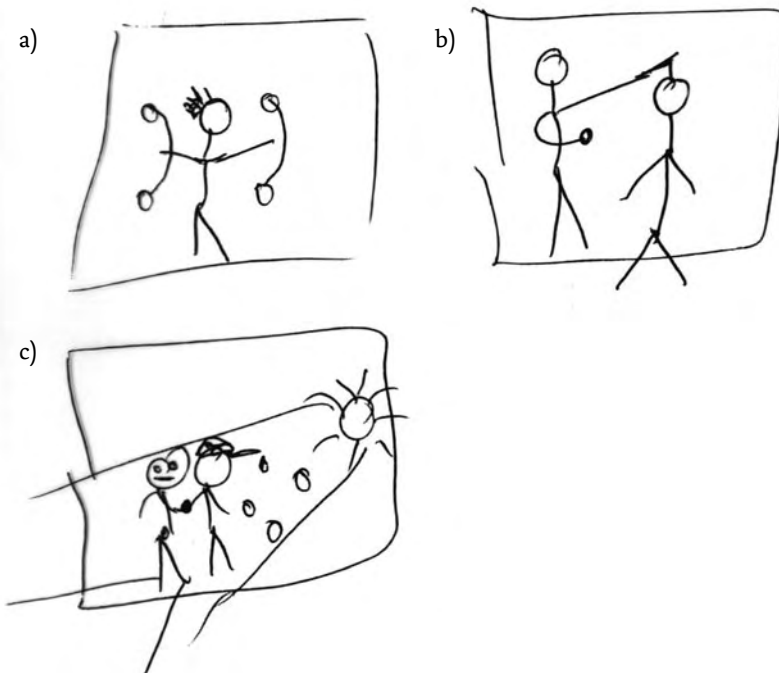


Abb. 4: a) Die Frau verletzt sich selbst. b) Der Mann zeichnet seine Hilflosigkeit. c) Der Weg in eine gemeinsame Zukunft ist durch die Belastung verwehrt.

Herkunftsfamilie und der Entwicklung eines Schwangerschaftskonfliktes: Eine Frau zeichnet sich im Meer wie an einer Qualle schwimmend. Sie hat sich schwanger dargestellt, wie sie sich mit den zwei ungeborenen Kindern vor der Abtreibung erlebt hat. Die fehlenden Hände und Füße sprechen wie im ersten Fall auf der Symbolebene von mangelnder Handlungskompetenz und Bodenhaftung zur Bewältigung der im Konflikt anstehenden Problemlösungen. Die Patientin schwebt passiv im Meer und kann nicht aktiv eingreifen. Die Qualle erinnert an die Plazenta und somit an die Schwangerschaften. Weitere Zeichnungen der Frau zeigen die zunehmende emotionale Erstarrung der Patientin und ihr „Wie-vereist-Sein“, was dem oft von Frauen in und nach der Abtreibung beschrieben und auch von anderen Traumatisierungen bekannten „roboter feeling“ entspricht und in der Traumatherapie auch als „numbing“ (taub, unempfindlich, tumb sein) beschrieben wird.

Die Patientin hatte zwei Abtreibungen im Alter von Mitte Zwanzig und als Dreißigjährige hinter sich und später ein Kind vom gleichen Partner geboren, den sie nach den Abtreibungen, wie sie sagt, als „Versuch der Selbstheilung“ geheiratet hatte. Die Patientin empfand: „Wir sind eine Familie, aber eine tote.“ Kurz nach der Eheschließung brach die psychotische Erkrankung der Patientin aus, die durch das nicht behandelte jahrelange Leiden am Post Abortion Syndrom mitgebahnt worden war. Die Patientin war vier Jahre (!) in verhaltenstherapeutischer Behandlung gewesen, ohne dass die Abtreibungen ein einziges Mal (!) thematisiert bzw. vom Therapeuten angesprochen worden wären.

Dieses Ausklammern der Abtreibungen als möglicher Faktor der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung in Therapien ist ein häufig begegnendes Phänomen. Die Patientin hatte nach der ersten Abtreibung beginnend eine depressive Erkrankung im Sinne des Post Abortion Syndroms entwickelt, die sich nach der zweiten Abtreibung verstärkte. Die erste Abtreibung erfolgte aus Rache an ihrem Partner, da er sie betrogen hatte. Die zweite

Abtreibung erfolgte ebenfalls in einer Beziehungskrise, als die Patientin den Freund betrogen hatte. Die Patientin stammt aus einer Familie mit neun geborenen Kindern. Die Mutter hatte das erste Kind abgetrieben. Auch die Großmutter und Urgroßmutter mütterlicherseits hatten abgetrieben. Der Vater der Patientin wird von ihr als autoritär und streng beschrieben. Sie habe bis zu seinem Tode immer eine unterkühlte Beziehung zu ihm gehabt und sich heimlich nach seiner Liebe und Anerkennung geseht. Die Mutter sei sehr jähzornig gewesen und habe schnell geschlagen. Sie sei überlastet gewesen und habe kaum Wärme für die Patientin gehabt. An körperliche Kontakte wie Schmusen kann sie sich nicht erinnern. Der Vater habe die Mutter dominiert, und sie habe sich nur heimlich widersetzt. Es sei viel Sehnsucht nach Wärme und Geborgenheit unerfüllt geblieben. Außer der Patientin sind noch zwei weitere Geschwister an Psychosen erkrankt.

Das Post Abortion Syndrom ist wie beschrieben in seinem jahrelang nicht behandelten Werden als ein bahrender Auslöser der Psychose zu verstehen, welche eine multifaktorielle Erkrankung ist. Die Patientin hatte in Ritualen wie dem Begraben von Schiefertäfelchen mit den Namen der abgetriebenen Kinder im Garten versucht, sozusagen in Selbstbehandlung ihre Schuld- und Depressionslast zu erleichtern. Sie hat erst nach neun Jahren Suche in unserer Therapie eine Möglichkeit gefunden, die emotionale Verletzung durch die Abtreibungen und die Folgeerkrankung in die psychotherapeutische Behandlung zu integrieren und ihr Leiden an den Folgen ernst genommen zu sehen. Dieses lange „Nicht ernst genommen Werden“ mit dem Leiden nach den Abtreibungen vertiefte die seit der Kindheit bestehende Neigung zu Autoaggression und Selbstzweifel.

Fall 3

Im nächsten Fall hat die Patientin ihre Kindheit bei den Großeltern verbracht, da die Mutter unverheiratet eigentlich das Kind nicht wollte und von den eigenen Eltern großziehen ließ. Die Patientin idealisierte den Großvater, der ihr viel Wissen und

Kulturbezug vermittelte. Die Großmutter versorgte die Patientin, ohne wirklich emotional in einer tiefen Beziehung zu stehen. Auch in diesem Fall hatte die Patientin wenig Selbstwertgefühl und authentisches Aggressionspotential im positiven Sinne entwickelt. Sie hatte den Wunsch, Kunstgeschichte zu studieren und somit in die Fußstapfen des verehrten Großvaters zu treten, entschied sich dann doch für die Ehe mit einem Akademiker und führte an der Seite des dominanten Mannes ein Schattendasein in der Versorgung zweier Kinder. Ihr erstes Kind hatte sie durch eine Fehlgeburt verloren. Nach den zwei geborenen Kindern fuhr ihr Ehemann sie drei Mal zu Abtreibungen, wonach sich die Patientin einige Tage schlecht fühlte. Schon nach der ersten Abtreibung entwickelte sie zunehmend Angst- und Panikattacken, ohne den Zusammenhang zu kennen. Diese Angst- und Panikattacken sowie unklare abdominale Beschwerden nahmen nach den weiteren Abtreibungen zu und wurden stationär höchstens mit Valiuminfusionen behandelt. Erst nach über dreißig Jahren kam die Patientin nach einem depressiven Zusammenbruch in stationäre psychiatrische Behandlung, in der ein mögliches Post Abortion Syndrom wiederum nicht angesprochen wurde: Der Entlassungsbrief sprach von zwei Geburten und vier Fehlgeburten, die drei Abtreibungen wurden als Fehlgeburten subsummiert und nicht thematisiert. Ein Wiederholungstraum, der über Jahre wiederkehrte, spricht von der emotionalen Not der Patientin. Sie sah ein ehemals stattliches Haus in heruntergekommenen Zustand - symbolisch ein Bild für ihren defizitären Selbstwert und ihr Verletzt-Sein. Drei blutrote Flecken an den Wänden tauchten immer wieder auf und konnten nicht auf Dauer weggeputzt werden. Nach erfolgreicher Therapie des Post Abortion Syndroms, wie an anderer Stelle ausgeführt,¹⁶ verschwand dieser Traum vollständig, der psychische Zustand stabilisierte sich.

4. Verhütung pro und contra: Entscheidungskonflikt zum Thema Schwangerschaft

Abschließend möchte ich einen Fall vorstellen,

der eine andere Form von Schwangerschaftskonflikt beleuchtet, den es vor sechzig Jahren noch nicht gegeben hat. Die Situation der Frauen und Männer im Umgang mit der menschlichen Fruchtbarkeit hat sich seither eklatant verändert. Es geht um den Konflikt von Frauen im Zeitalter der Empfängnisverhütung, schwanger zu werden oder nicht. Höchst aufschlussreich ist in diesem Kontext eine Lektüre der Enzyklika „*Humanae Vitae*“ von Papst Paul VI. aus dem Jahre 1968.¹⁷

Wie niemals in der Menschheitsgeschichte zuvor stehen die Frauen in der Möglichkeit, ihre Fruchtbarkeit künstlich zu regulieren bei allen Einschränkungen, welche auch bei modernen Verhütungsmethoden gelten. Das Kind ist vom immanenten Faktor der geschlechtlichen Beziehung zwischen Mann und Frau zum Risikofall geworden, den es möglichst perfekt zu verhüten gilt. Sollte diese Perfektion nicht gelingen, kann mit der Abtreibung der erstrebte Zustand wieder erreicht werden. Dass diese Form der Fruchtbarkeitsregulierung in einen Entscheidungsdruck zwingt, zeigt der nun vorgestellte Fall. Ich möchte ihn thematisieren, da von dieser Art des theoretischen Schwangerschaftskonfliktes eigentlich nie gesprochen wird, obwohl er für unsere demographische Entwicklung von hoher Bedeutung sein dürfte. Auch in dem Zusammenhang der Verhütung und Vermeidung von Schwangerschaften sehe ich einen Zusammenhang mit der positiven oder negativen Sozialisation als Mädchen und Frau, dem gut oder schlecht entwickelten Selbstwert und der entsprechenden Eigendynamik, eigene Wünsche zuzulassen, ernst zu nehmen und durchzusetzen.

4.1 Leben mit oder ohne Kind?

Die Patientin im nächsten Fallbeispiel im Konflikt durch Verhütung ist vierzig Jahre alt. Sie entstammt einer gut bürgerlichen Familie. Ihre jüngere Schwester ist mit einem erfolgreichen Geschäftsmann verheiratet und hat zwei Kinder. Die Patientin hat erst im letzten Jahr geheiratet, obwohl sie ihren Mann schon rund zehn Jahre kennt

und schon zirka sechs Jahre mit ihm zusammen lebt. Leistung und Verantwortung gerecht zu werden, haben für sie immer eine große Rolle gespielt. Die gemeinsame Wohnung ist perfekt eingerichtet, und der Ehemann liebt Ordnung und Sauberkeit in hohem Maße. Die Tätigkeit der Patientin ist verantwortungsvoll in einem großen Betrieb, wobei sie auch mit Personalentscheidungen zu tun hat. Sie denkt öfter in den letzten Jahren über eine Schwangerschaft nach, kann sich aber nicht entschließen, die „Pille“ abzusetzen, da sie sich nicht sicher ist, der Verantwortung für ein Kind gewachsen zu sein. Sie erlebt ihr Leben schon so als von Pflichten und Leistung geprägt und wüsste nicht, ob sie einem Kind gerecht werden würde. Wenn sie „einfach so“ schwanger würde, wäre das etwas anderes, aber: Bewusst die Pille abzusetzen würde bedeuten, dass sie ja damit die Verantwortung für das Leben des Kindes hätte, das möglicherweise entstehen würde. Ob sie dem Kind diese Leistungsgesellschaft, die immer kälter und fordernder wird, zumuten kann? Sie fühlt sich von dieser Verantwortung überfordert und leidet unter ihrer Entscheidungslosigkeit, zumal die biologische Uhr tickt. Der Ehemann überlässt ihr die Entscheidung. Er findet es gut, wie es ist, und könnte sich, so meint er, auch an ein Kind gewöhnen. Das ist der Patientin wiederum zu wenig Ermutigung, die „Pille“ wegzulassen. So geht die Zeit dahin bei wachsender Unzufriedenheit der Patientin mit sich und dem Leben, das sie führt. Das Bild der Patientin, das im Kontext der Symbolarbeit mit dem katathymen Bilderleben entstanden ist, zeigt einen sehr hohen Berg, sie steht hoch oben. Erst auf meine Nachfrage baut sie beim Hin- und Herlaufen im Aufstieg einen Ruhepunkt ein. Ansonsten ist sie nur geschäftig an dem hohen Berg unterwegs, der symbolisch für Leistung steht, der jedoch gar nicht bis zur höchsten Spitze erklimmen werden kann. Oben angekommen empfindet die Patientin zwar Erleichterung, aber keine Freude. In diesem Bild kommt symbolisch zum Ausdruck, wie eingespannt viele Menschen in den Berg ihrer Leistungen sind und gerade Frauen oft

unter sehr hohem Leistungsdruck stehen. Bei solch einer verinnerlichten Leistungssituation erscheint es nachvollziehbar, dass die Patientin Zweifel hat, noch mehr Leistung mit einem Kind gewachsen zu sein. Aber: Sie wird nicht glücklich bei diesem Aufstieg, sondern bleibt einsam.

Ist in diesem Dilemma nicht das Dilemma unserer verhütungsaktiven Leistungsgesellschaft verborgen, die für ein Leben mit Kindern, welche die Zukunft bedeuten, immer weniger Raum hat? Sieht so die Selbstverwirklichung und Befreiung der Frauen aus? Mag sein, dass sie vordergründig befreit sind von der Last ungeplanter Kinder, aber wozu haben sie sich unter vielen Opfern auf den Weg zum Gipfel gemacht, wenn dort keine Freude und keine Gemeinschaft warten, sondern erschöpfte Einsamkeit?

Dieser Patientin fehlt auf Grund ihrer Sozialisation der Mut, ihre emotionale Situation hinter dem Berg der Pflichten wahrzunehmen und zu einem möglichen „Ja“ zum Kind, zum Absetzen der „Pille“, stehen zu können aus Angst vor der damit verbundenen Übernahme von Verantwortung. Der Mangel an Entwicklung eines belastungsstabilen Selbstwertes führte zur Vermeidung des „Konfliktes Kind“ und zur Vermeidung eines möglichen Teils des Lebens, was depressiv beantwortet wird.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Mangel an positiver Zuwendung, an individueller Förderung, an Raum für Expression und Interaktion mit stabilen Bezugspersonen in der Kindheit zu einer Schwächung des Selbstwertes führen kann. Dadurch werden die Konfliktfähigkeit und die Durchsetzungsfähigkeit negativ beeinflusst. Dieser innere Mangel erzeugt eine Neigung zu ängstlicher Abwehr. Im Falle eines Konfliktes können dann Entscheidungen gefällt werden, die nicht tragfähig und belastungsstabil sind. Im Falle des Schwangerschaftskonfliktes kann dies eine Tötung des ungeborenen Kindes zur Folge haben. Eine Erkrankung an Symptomen der posttraumatischen

Belastungsstörung, das Post Abortion Syndrom, kann die mögliche Folge sein und sollte als Risiko nach Abtreibung verdeutlicht werden.¹⁸

Eine Entscheidung über das Leben mit oder ohne Kind auf dem Hintergrund einer Vermeidung der Entscheidung durch jahrzehntelange Verhütung kann ebenfalls zu einer depressiven Erkrankung führen. Authentizität und Selbstwert sind zur positiven Entscheidungsbildung von wesentlicher Bedeutung und hängen mit der Erfahrung tragfähiger Bindungen und Beziehungen in der eigenen Sozialisation zusammen.

Bei lebensprägenden Konflikten spielen die vorhandenen Ressourcen, also das, was dem eigenen Leben letzten Sinn und Halt gibt, eine große Rolle. Hier ist die Verortung in den religiösen Wurzeln von Sinn stiftender Bedeutung und sowohl in der kindlichen Erziehung als auch im therapeutischen Kontext von großer Wichtigkeit.

Referenzen

- 1 Julius-Maximilian-Universität Würzburg Philosophische Fakultät III Psychologie, *Entwicklungspsychologie*, Script auf Grundlage der Vorlesung und der Folien WS 2001/02 und SS 2002 von Prof. Dr. Büttner von Valentin Fließ, valentin@shreddermag.de, 1.1 – 3.6, Ss 1-3, Literatur: *Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*, in: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Band 1 (1945) und *Hospitalism: A Follow-up Report*, in: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Band 2 (1946), *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*, Klett-Cotta, Stuttgart (1966), engl. Erstausgabe: *The First Year of Life* (1965)
- 2 Peeters-Ney M., Ney P. G., *Consequences of Abortion*, Lourdes, October 2008
- 3 Stangl W., Phasen der psychosexuellen Entwicklung nach Sigmund Freud, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/PSYCHOLOGIEENTWICKLUNG/Entwicklung-Freud.shtml> (letzter Zugriff am 2. November 2010)
- 4 siehe Ref. 1
- 5 siehe Ref. 1
- 6 siehe Ref. 1
- 7 siehe Ref. 1
- 8 siehe Ref. 1
- 9 Pokropp-Hippen A., *Das Post-Abortion-Syndrom*, in:

- Büchner B., Kaminski C. (Hrsg.), *Lebensschutz oder kollektiver Selbstbetrug? 10 Jahre Neuregelung des § 218 (1995 – 2005)*, Verlag für Kultur und Wissenschaft, Bonn (2006), S. 29-62, hier: S. 41-42
- 10 Krippner K., Steiner B., *Die basalen Dimensionen von Traumaverarbeitung und Systemproduktion*, 4.2: Intrusion, in: Steiner B., Krippner K., *Psychotraumatheorie*, Schattauer, Stuttgart (2006), S. 59
 - 11 Definition des Autors
 - 12 Pokropp-Hippen A., siehe Ref. 9, S. 43
 - 13 Pokropp-Hippen A., siehe Ref. 9, S. 44
 - 14 Pokropp-Hippen A., siehe Ref. 9, S. 45
 - 15 Peeters-Ney M., Ney P. G., siehe Ref. 2
 - 16 Pokropp-Hippen A., *Diagnostik und Therapie des Post Abortion Syndroms*, in: Spieker M. (Hrsg.), *Biopolitik*, Schöningh, Paderborn (2009), S. 240-241, Abb. 7
 - 17 Papst Paul VI., Enzyklika über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens „*Humanae vitae*“ vom 25. Juli 1968
 - 18 Fergusson D. M., Horwood L. J., Ridder E. M., *Abortion in young women and subsequent mental health*, *J Child Psychol Psychiatr* (2006); 47: 16-24

Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz

Anderssein

Zur Bipolarität der Geschlechter

Being Different: On the Bipolarity of Sex and Gender

Zusammenfassung

Um die Bedeutung der Zweigeschlechtlichkeit in ganzer Breite aufzuspannen, bedarf es eines wachen Blicks auf die zeitgenössischen Abschwächungen dieses Themas. Erstaunlich folgerichtig wurden mehrfache Versuche unternommen, den Wirklichkeitsgehalt des Geschlechtes zu verdünnen – es als beliebig überschreibbar, nur sprachlich normiert, kulturell veränderbar, auf jeden Fall als kontingent hinzustellen. Dabei spart der verengte Blick (bewusst?) blinde Flecken aus, obwohl sie geradezu ins Auge fallen. Wieso Verengung? Scheinbar erweitert sich zunächst der Spielraum des Geschlechts: homo-, hetero-, bi-, trans- und auto-sexuell kann „Jedes“ seinen Körper geschlechtlich beschriften. Aber: Bietet sich der Leib wirklich widerstandslos, ja nichtig als „vorgeschlechtlicher Körper“ an? Die These lautet: In all dem bleibt seine Bipolarität verdeckt erhalten, sie ist nicht zu unterlaufen, sie allein verleiht Leben.

Schlüsselwörter: Leib, Gender-Ideologie, unhintergehbare Zweigeschlechtlichkeit, Person und Geschlecht, anthropologische und biblische Horizonte

Abstract

Any attempt to grasp the entire scope of existence of two distinct sexes requires an alert mind to realize the ongoing attenuation of this subject. Amazingly, repeated logical attempts have been made to dilute the impact on reality of considering gender interchangeable, solely based on normative terminology, and as something culturally variable and contingent. This increasingly narrow vision ignores (intentionally?) certain areas which present themselves, in fact, as only too obviously. It first seems that the frame of sexes/genders has been extended: homo-, hetero-, bi-, trans- and auto-sexual now enable anybody to put a specific “tag” onto his or her body. But does a human being – in reality and without objections – really come into existence as a “pre-sexual” body? Such a thesis might read: The bipolarity of the body is covertly maintained and cannot be avoided as it is the source of life itself.

Keywords: Living Body, Gender Ideology, Unextinguishable Bipolarity, Person and Sexuality, Anthropological and Biblical Horizons

Univ.-Prof. DDr. Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz
Lehrstuhl für Religionsphilosophie und vergleichende Religionswissenschaften, Technische Universität Dresden
gerl@rcs.urz.tu-dresden.de

1. Zeitkritische Beobachtungen: Signaturen von Reduktion

1.1 Verkürzung des Leibes auf Körper

Im August 2005 zeigte das Kunstmuseum Bern eine geköpfte Möwe mit dem aufgepflanzten Kopf eines menschlichen Fötus – eine Arbeit des Chinesen Xiao Yu, der zuvor schon durch das operative Zusammennähen zweier Mäuse aufgefallen war, die in ihrer „plötzlichen Einleibigkeit“ und ihren hilflosen Bewegungen als Kunstwerk auf Video verkauft wurden. Das „Kunstwerk“ wurde innerhalb weniger Tage wieder entfernt, nicht aus ethischen Bedenken, sondern weil der große Besucherandrang nicht mit der Sicherheitstechnik bewältigt werden konnte.

Welche Grammatik des mechanischen, also toten Körpers zeigt sich in solchen „Inszenierungen“? Schon die Unterscheidung von Leib und Körper kann als sprachlicher Leitfaden dienen, denn Körper meint nicht mehr den immer schon belebten Leib – die Wortwurzel *lb-* steckt gemeinsam in Leib, Leben, Liebe. Stattdessen ist bereits der Akzent der quantitativ-mechanischen Hülle gesetzt; Körper gilt als „kulturelles Artefakt“, „soziales Konstrukt“, als „Maske“, die ein (nicht vorhandenes) Ich verbirgt,¹ als dekonstruierbares Etwas.

Dem entspricht unzweifelhaft ein neuer Körperkult: ein sinnlicher „Ego-Genuss“ (neuerdings mit dem Vorschlag, Speisen mit Sperma zu würzen) und eine reale oder virtuelle Umgestaltung des Körpers mit Tattoos und Piercing, in „Schönheits“-Operationen, in der Kunst, im Cyberspace der Videowelt, in Transvestismus oder Transgendermoden oder auch in leichenhaften „Körper-Welten“, in denen Tote als Pseudo-Lebende agieren.

1.2 Verkürzung der Frau auf Egalität mit dem Mann

Dekonstruktion im Sinne des Egalitätsfeminismus heißt, dass auch die Geschlechter unter variablen „Rollen“ in geschichtlicher Wandelbarkeit verstanden werden. Schon Sigmund Freud wollte die naturhafte Gegebenheit der Geschlechter auflösen: Wer den Schleier des Weiblichen lüfte, treffe auf das

Nichts (des Unterschieds). Nach Simone de Beauvoir sind endgültig nur noch *strukturelle* Fragen zuzulassen: Wie wird man eine Frau?, aber keine *Wesensfragen* mehr: Was ist eine Frau?² Denn: „Als Frau wird man nicht geboren, zur Frau wird man gemacht.“

Frausein ist nach Beauvoir eine Erfindung männlicher List zur Abwälzung unangenehmer Aufgaben: eine Spiegelung undurchschauter Erziehung und unbefragt übernommener sekundärer Rollen. Vor allem sei die faule Denkungsweise aufzuheben, wonach Frausein vorrangig durch Biologie bestimmt werde, der sich alle seelischen Haltungen zuordnen müssten, um gattungstypische Eigenschaften zu sein. Wann immer die Frau als „die andere“ bezeichnet wird, wird sie nach Beauvoir schon ausgrenzend ins Anderssein abgewiesen. Daher gelte es, die Kategorie „weiblich“ von Grund auf als repressiv zu ächten.

Beauvoir verlangt eine Maskulinisierung der Frau im Sinne bindungsloser Selbstbestimmung. Es gibt nach ihr zwei „Fallen“ des Frauseins: das Kind und den Mann; beide führten zu Bindungswillen und damit zu dauerhafter Übernahme von Pflichten. Vor allem das Kind stelle wegen seiner leib-seelischen Abhängigkeit die natürliche „Fessel der Frau“ dar. Den Unterschied zum Mann bringt Beauvoir nicht mehr in die Theorie ein; das Glück des Andersseins kann fürs erste weder gedacht noch gelebt werden. Vielmehr bleibt Frausein bei Beauvoir von der abstrakten Autonomie des Selbstseins bestimmt. Der weibliche Körper müsse „transzendiert“ und neutralisiert werden: durch chemische Einebnung des Biorhythmus, im schärfsten Fall durch Abtreibung, die Beauvoir empfahl und selbst vollzog.³

Diese Egalitätsthese („Frau muss Mann werden“) bestimmte die erste Diskursphase des Feminismus, wurde freilich, zumal nach Bekanntwerden von Beauvoirs eigener Unterwerfung unter Sartres sexuelle Forderungen, stark kritisiert.

1.3 Verkürzung des Geschlechts auf Gender

Seit den 1990er Jahren wird radikalisiert behauptet, der Unterschied zwischen *sex* (biologi-

schem Geschlecht) und *gender* (kulturellem, sozialem Geschlecht) sei pure Interpretation. Nach Judith Butler (* 1956), Professorin für Rhetorik in Berkeley,⁴ gibt es keinen „natürlichen“ Körper als solchen, der „vor“ Sprache und Deutung der Kulturen liege. Körperliche Geschlechtsunterschiede seien allesamt sprachlich bearbeitet; schlicht: Auch „Biologie“ sei Kultur. Um emanzipatorisch weiterzukommen, sei daher ein subjektives und offen pluralistisches Geschlecht zu „inszenieren“ (Theatermetaphern überwiegen im Gender-Diskurs). Der Schritt zu dem bereits um 1900 aufgetauchten Schlagwort vom „Dritten Geschlecht“ liegt nahe. Über Schaufensterpuppen mit hohen männlichen Wangenknochen und sinnlich-weiblichem Mund wird das Schönheitsideal *zwischen* männlich und weiblich geprägt.

Die „neue Weiblichkeit“ polarisiert sich also nicht mehr gegenüber der Männlichkeit, sondern unterläuft jeden Gegensatz. Denn die eigentliche Stütze der Geschlechter-Hierarchie sei die „Zwangsheterosexualität“ (Monique Wittig). Der eigene Leib sei keineswegs „festgelegt“ und lege auch nicht fest. Konkret bedeutet das eine neue Gegennormierung: Homosexualität und Lesben-tum, sogar inzestuöse Verbindungen werden als „Befreiung“ *individuell* und zugleich als *politisches* Mittel vorgeschlagen, um den Staat und die Gesetzgebung zur Abschaffung bisheriger Normierungen zu zwingen und die individuelle Wahl variabler Geschlechtsbetätigung zu ermöglichen. Staatliches Recht wird im Blick auf Geschlecht unnötig; das Volk wird in Individuen atomisiert, deren Geschlechtsbezeichnung als (vorläufige) Orientierung nicht mehr abgefragt werden soll.⁵

Auch Transvestismus sowie Geschlechtsumwandlung, psychisch wie physisch, werden denkbar, ja wünschbar. Utopien *fließender Identität*, des geschlechtlich unbeschränkten Selbstentwurfs setzen sich damit durch. Der Popstar Michael Jackson ließ sich mit operativer Hilfe ein transsexuell-synthetisches Gesicht komponieren. Berichte über berühmte Transsexuelle bestärken diese Tendenz.

So schwelgte Roberta Klose, geboren in Brasilien als Luiz Roberto Gambine Moreira, über die Möglichkeiten der Medizin: Mit einem Zürcher verheiratet, wollte sie/er ein Kind „mit eigenem Samen, der in einem Schweizer Laboratorium lagert. Vor der Geschlechtsumwandlung 1989 im Londoner Charing-Hospital hatte Roberta Klose vorgesorgt, eine gute Freundin wird die Leihmutter spielen“⁶.

1.4 Verkürzung der Sprache auf semantische Neutralität

Solche Bestrebungen verschieben folgerichtig die Grenzen der Sprache, die ja unterschwellige Normen und geschlechtliche Zuweisungen tradiert. Daher ist die Umformung von Sprache ein klares politisches Ziel: Vor allem in USA und Australien wird anstelle von *he/she* oder *her/his* tendenziell das „gender-neutrale“ *they* oder *their* im Sinne eines Singulars (!) propagiert; der Beispielsatz lautet: „*This person carries their bag under their arm.*“ In Spanien wurde es unter der jetzigen sozialistischen Regierung bereits Gesetz, anstelle von Vater und Mutter in den Geburtsurkunden „Progenitor A und B“ einzutragen. Dass es damit sprachlich nur noch „Erzeuger“, nicht aber mehr „Gebärende“ gibt, ist offensichtlich gegen eine sperrige „prämoderne“ Sprache in Kauf zu nehmen.

2. Blinde Flecken:

2.1 Vergessen des Leibes

In der Behauptung solcher „fließenden Identität“ gibt es auffallend blinde Flecken.

Was die leibliche Vorgabe betrifft, so ist biologisches Geschlecht keineswegs ein Konstrukt, das erst mit der Entwicklung „zangsweise materialisiert“ wird (Butler). Vielmehr: Sprache und ihre Symbolik beziehen sich immer auf *etwas*, das versprochen wird. Jede Deutung richtet sich notwendig nicht auf sich selbst, sondern auf ein vorausgesetztes, intersubjektives Faktum, über das man sich austauscht, *um sich anhand der Sache zu verstehen*. Interpretation bezieht letztlich ihren Kommunikationswert aus *Tatsachen* und setzt nicht

nur Zeichen über Zeichen über Zeichen: „Eine Rose ist eine Rose ist eine Rose...“, wie das berühmte Beispiel von Gertrude Stein lautet. Was heißen will, dass wir über die Rose sprechen, aber angeblich niemals wissen, was Rose ist.

Die Kategorie „Mensch“ wird sowohl egalitätsfeministisch als auch gendertheoretisch als einzig zulässige gesehen, denn jede geschlechtliche Polarität stütze unterschwellig oder offen die Repression einer Seite. Dieses Konzept hat den hohen Preis der Leibvergessenheit. Offenbar kennt das Ich keine Fleischwerdung; der Körper wird „Platzhalter des Nichts“, *tabula rasa*. So gesehen liefert Butler eine erneute Variante der extremen Bewusstseinsphilosophie von Descartes mit ihrer hartnäckigen Körper-Geist-Spaltung, die eigentlich als „phallogozentrisch“ angegriffen wird. Der Vorwurf maskulinistischer Subjektzentriertheit mit Fixierung des Objekts ist solcherart geradewegs umzudrehen. Butlers Epistemologie schaltet Ontologie einfachhin aus. Von woher der Wunsch zur Überschreibung (genauer: Beschriftung) des Körpers genommen wird, bleibt unklar – gibt es nicht wenigstens vage reale Vorgaben für diesen Wunsch? Wenn schon Text: Ist der Leib nicht wenigstens ein „Palimpsest“, will sagen ein Dokument, dessen Erst-Beschriftung, obwohl ausstrahlt, hie und da wieder durchschimmert? Ist er nicht sogar ein „Kryptogramm“, ein „Intext“, der im (beliebig?) dekonstruierbaren Text hartnäckig aufscheint? Die Dekonstruktion des Leibes gerinnt zur Geste des Imperators, der in fremdes unkultiviertes Gebiet eindringt und es besetzt – obwohl er dies doch selbst „ist“.

Die radikal dekonstruktivistische Gender-Theorie steht der Gegebenheit des Geschlechts deswegen abweisend gegenüber, weil darin ein rascher Schritt vom Sein zum Sollen vermutet wird. Dieses Tabu ist aber umgekehrt zu befragen: Statt des „biologistischen Fehlschlusses“ herrscht hier ein „normativistischer“: Normen werden einfach – je nach Lage und Individuum – als willkürlich angesehen, ohne je einen sachlichen Bezug vorauszu-

setzen. Das Verstummen, in dem der Leib sich angeblich willenlos überschreiben lässt, weist auf ein entschieden sklavisches Verhalten hin. Zum „Ding“ verkürzt, bleibt er gleichgültig gegenüber jedem herrscherlichen Verfügen. Aus Leib wird endgültig Körper in der Nähe von *corpse* = Leichnam.

Wenn Biologie in Soziologie verschwindet, taucht eine neue Gefahr der Manipulation auf: Wer bestimmt welches korrekte Rollenverhalten? Dabei häufen sich Metaphern wie Selbstinszenierungen und „Rollenpiel“; diese machen aber das Ich zum virtuellen (immer nur vorläufigen) Selbst- und Fremdentwurf.⁷

2.2 Vergessen der Generativität

Der zweite blinde Fleck ist die Fortpflanzung, die nach wie vor zwei Geschlechter voraussetzt. „Selbst wenn es in Zukunft nicht mehr Körper sein sollten, aus denen unsere Nachfahren hervorkommen, sondern Retorten, so wird es doch auch dann noch eine Unterscheidung der unterschiedlichen ‚Beiträgersubstanzen‘ geben, auf die dieser Laborprozess angewiesen bleibt, zumindest solange wie wir uns noch nicht als geklonte Exemplare Unsterblichkeit verschafft haben.“⁸ Genetik beruht auf Fakten und nicht auf „Konstruktion“: Der Chromosomensatz xx/xy bietet entwicklungsgeschichtlich einen klaren genetischen Vorteil durch zweigeschlechtliche Fortpflanzung.

Aber auch kulturell gilt: Das Geschlecht ist unter allen sonstigen Unterscheidungen zwischen Menschen (Alter, Ethnie usw.) einzigartig, so dass es in keiner Kultur auf Dauer unterlaufen oder aufgehoben werden kann. Auch Homosexualität benutzt ja die „Rollenmodelle“ männlich/weiblich in der Paarkonstellation. Bipolarität ist also nicht auszuschalten, weder sprachlich noch lebensweltlich noch somatisch, sie muss jedenfalls „als ob“ nachgeahmt werden. Denn tatsächlich trägt der Leib seine eigene „Sprache“, in seiner unterschiedlichen Generativität von Zeugen und Empfangen/Gebären oder in seiner leibhaften Erotik von Eindringen und Annehmen/Sich-Nehmen-Lassen.

2.3 Vergessen der sprachlichen Symbolik

Der dritte blinde Fleck ist die Sprache, die nur durch Manipulation und Verschweigen von Differenzierungen aufgebrochen werden kann, dann allerdings bis in ihre Struktur hinein zerstört wird (Plural statt Singular wie oben) – und damit auch den Rückgriff auf Weltliteratur als das gemeinsame Sprachgedächtnis zerstört.

Tatsächlich ist Geschlecht nicht nur körperlich, sondern auch sprachlich bestimmt. Sprache und Geschlecht formieren und verstärken sich gegenseitig: Geschlecht wird durch Sprache symbolisch überhöht.⁹ In allen Kulturen werden Welt und Dinge zweihellig gelesen, etwa in weiblichen und männlichen Artikeln für nicht-menschliche Gegenstände und Zusammenhänge oder in geschlechtlich konnotierten Adjektiven. Selbst wenn „Sonne“ im Deutschen weiblich und „sol“ in romanischen Sprachen männlich aufgefasst wird, trifft die Sprache eine binäre geschlechtliche Unterscheidung, bei allen individuell und sozial möglichen Variablen. Das artikelneutrale Englisch ist eine sprachliche Ausnahme, kennt aber in anderen Sprachwendungen, etwa Pronomina, eine symbolische Geschlechtlichkeit. Wenn es wie im Deutschen einen sächlichen Artikel gibt, drückt er die Abwesenheit von Geschlecht bei bestimmten Inhalten, nicht aber ein drittes oder ein Mehrfach-Geschlecht aus. Auch in dieser Latenz bleibt also Geschlecht unterscheidend vorausgesetzt.

In all diesen Momenten lässt sich beobachten, wie die unerhört vielschichtige Wirklichkeit von Leib, Geschlecht, Sprache, Generativität immer stärker eingeschränkt und „handhabbar“ wird.

3. Anthropologie der Bipolarität

Der Gedanke der Selbstgestaltung des Menschen ist an sich weder sachlich falsch noch moralisch böse. Er gründet in der merkwürdigen – auszeichnenden wie gefährlichen – Tatsache, dass der Mensch unter anderen Lebewesen tatsächlich eine Sonderstellung einnimmt. Rein naturwissenschaftlich betrachtet beruht die Sonderstellung – nach

der vergleichenden Verhaltensforschung – auf der Instinktarmut, der erstaunlichen „Unbehaustheit“ des Menschen in der Welt. Positiv: Er hat zwar keine Reiz-Reaktions-Sicherheit wie ein Tier, dafür aber Freiheit vom Instinkt und Freiheit zur Welt und zu sich. Freiheit *von* bietet volles Risiko der Fremd- und Selbstgefährdung. Freiheit *zu* bildet zugleich die schöpferische Flanke: zur Gestaltung von Welt und sich. Anthropologie beschreibt daher den Menschen als spannungsreiche Wirklichkeit, ausgespannt zwischen einer vorgegebenen „Natur“ und dem Gegenpol der Veränderung: dem Werden, der „Kultur“. „Werde, der du bist“, formuliert der orphische Spruch, aber was so einfach klingt, ist das Abenteuer eines ganzen Lebens. Abenteuer, weil es weder eine „gusseiserne“ Natur noch eine „beliebige“ Kultur gibt, sondern *datum* und *factum* in lebendiger Beziehung stehen: zwischen Begrenzung (Glück der Gestalt) und Freiheit (Glück des Neuwerdens).

Für die vorliegende Frage heißt das: Ein Tier *hat* seine Geschlechtlichkeit und muss sie nicht gestalten; daher ist seine naturhaft gesicherte Sexualität frei von Scham und funktional eindeutig auf Nachkommenschaft gerichtet. Ein Mensch *ist* und *hat* seine Geschlechtlichkeit *und* muss sie gestalten: Sie ist nicht einfach naturhaft gesichert, vielmehr schambesetzt wegen des möglichen Misslingens, außerdem funktional nicht notwendig an Nachkommenschaft gebunden. Auf dem Boden der unausweichlichen Spannung von Trieb (naturhafter Notwendigkeit) und Selbst (Freiheit der Selbstbildung) tut sich der Raum für Glücken und Misslingen auf. Fleischwerdung im eigenen Körper, Anverwandlung der körperlichen Vorgabe in den eigenen Leib, Befreundung mit der Andersheit des anderen Geschlechts kennzeichnen den Vorgang der Annahme, nicht der Rebellion oder Neutralisierung, Nivellierung und „Verachtung“ der Vorgabe.

Zugleich gilt es, aus dem Geschlecht keine Barriere zu bauen, sich nicht ins Anderssein zu verbarrikadieren, der möglichen Verliebtheit ins Doppel-Rätsel des Eigenseins und Andersseins nicht nachzugeben. Die Mythen wissen von der

Versuchung, in der „Brünne“ Brunhildes, im Schlaf Dornröschens, im Namen-Rätsel der Turandot eigen-sinnig zu verharren, den Löser nicht zuzulassen, ihm unübersteigbare Hindernisse zu bauen, die er möglicherweise mit Tod bezahlt. Je älter die Mythen, desto mehr lassen sie den Geschlechterkampf im tödlichen Missverstehen, in der Hassliebe des Unerreichbaren enden.

Daher ist das zwiefache Geschlecht einer kulturellen Bearbeitung nicht nur zugänglich, sondern sogar darauf angewiesen. Nur im Unterschied zur Gender-Theorie: Geschlecht ist zu kultivieren, aber *als* naturhafte Vorgabe - was könnte sonst gestaltet werden? Kultivieren meint weder sich ihm zu unterwerfen noch es auszuschalten. Beides, Natur und „Überschreibung“, lässt sich an den zwei unterschiedlichen Zielen der Geschlechtlichkeit zeigen: der erotischen Erfüllung im anderen und der generativen Erfüllung im Kind, das zur erotischen Rechtfertigung des Menschen gehört.¹⁰ Und das Kind ist wiederum kein Neutrum, sondern tritt als „Erfüllung“ des Liebesaktes selbst in ein zweiheitliches Dasein.

Zur kulturellen Bearbeitung gehört andererseits, aus der Zweiheit in eine *gemeinsame* Welt zu blicken. Fruchtlos wird die Geschlechterdifferenz dann, wenn sie aus der Zweiheit einen Antagonismus des Herrschens und Sich-Unterwerfens (beides auch noch gegenseitig) ableitet. Diese Verstörung ist hinlänglich bekannt und kulturgeschichtlich wirksam (gewesen). Zum Geschlechterkampf kann die zunächst „unschuldige“ Vorstufe des Sich-nicht-Verstehens durchaus verleiten. Aber „Frauensprache“/ „Männersprache“ ist nicht die Sprache zweier gegenseitig Taubstummer, oder weniger dramatisch: ist immer noch nicht Schicksal. Denn: Gerade auch das Geschlecht will noch einmal überstiegen, transzendiert werden – eben auf den anderen hin; in diesem Übersteigen liegt die Beglückung, das Finden des „Anderen“. Wo das Geschlecht im leeren Suchen zerschellt, was zu den tragischen Möglichkeiten gehört, ist damit nicht schon sein Kern des „Über-sich-Hinaus“ trügerisch.

Dieser Gedanke wird durch die Struktur der Persönlichkeit weiter vertieft.

4. Person und Andersheit

Person meint wesentlich ein Doppeltes: Selbstbesitz und Selbstdistanz oder In-sich-Stehen und Über-sich-Verfügen. In-sich-Stehen oder Selbstzweck, der Terminus Kants, betont die Ursprünglichkeit und Unableitbarkeit dieser Selbstgehörigkeit – was in vorbiblischen Gesellschaften noch nicht konzipiert, sondern erst in der gedanklichen Entwicklung des Christentums ausformuliert wurde. Solange Leben nämlich in mythischen Zusammenhängen, also im Nexus von Verhängnis, Schicksal, *ananke*, erfahren wird, ist Selbstverfügung nicht zu denken. Erst in der „Aufklärung“ durch biblisches Denken, prototypisch schon im Alten Testament, wird Freisein von „Mächten“ erfahrene Wirklichkeit.

Doch ist Person nicht stumpfer Selbstbesitz: Sie kann sich auch von sich distanzieren, was heißt beurteilen, z. B. sich schämen, sich überwinden, einer Tat erinnernd zustimmen. Genauer noch: Person erwacht in Begegnung mit anderer Selbstgehörigkeit, sieht sich – von außen – mit deren Augen. Erst in der Begegnung kommt es zu einer Bewährung des Eigenen, zur Aktualisierung des Ich, besonders in der Liebe. „Wer liebt, geht immerfort in die Freiheit hinüber; in die Freiheit von seiner eigentlichen Fessel, nämlich von sich selbst. (...) Jeder, der um die Liebe weiß, weiß um dieses Gesetz: dass erst im Weggehen von sich selbst die Offenheit entsteht, worin das Eigene wirklich (...) wird.“¹¹ Zugleich ist das Sich-Ausrichten eine Selbstbeschränkung im Habenwollen: „Die personale Liebe beginnt entscheidenderweise nicht mit einer Bewegung zum anderen hin, sondern von ihm zurück. (... so) gehe ich meinerseits aus der Haltung des gebrauchenden oder kämpfenden Subjekts in die des Ichs über.“¹²

Daher kommt in die Selbstgehörigkeit durch die Bewährung am anderen eine entscheidende, ja schicksalhafte Dynamik. Sie ergibt sich aus der konstitutiven Spannung vom Ich zum Du, begleitet von

einem Selbst-Überstieg: einem Sich-Mitteilen in der Sprache, in der Leiblichkeit, letztlich auch in der Spannung zu Gott, der – biblisch gesehen – selbst Mitteilung (und Selbstmitteilung) ist. In solcher Dynamik entfällt eine Selbstbewahrung, die das neutrale Subjekt-Objekt-Verhältnis schirmt, und es beginnt ein Sich-Aussetzen: Person wird auf Person resonant und von ihr her ins Antwortlose preisgegeben oder auch ins Unerschöpfliche geöffnet.

So erfährt Personsein, christlich fundiert, eine Zuspitzung: Erst *Relation* aktuiert die Selbstgehörigkeit. „Der Mensch (ist) kein Wesen, das geschlossen in sich stünde. Er existiert vielmehr so, dass er über sich hinausgeht. Dieser Hinausgang geschieht schon immerfort innerhalb der Welt, in den verschiedenen Beziehungen zu Dingen, Ideen und Menschen (...); eigentlicherweise geschieht er über die Welt hinaus auf Gott zu.“⁴³ Weshalb aber wird damit die Selbstgehörigkeit nicht außer Kraft gesetzt? Weil auch das Gegenüber selbst Person ist, also unter den Kategorien von Selbststand und Selbsttranszendierung zu denken ist: Beide sind Selbstzweck, aber beide setzen sich einander aus, sind aneinander gefährdet, voneinander beglückt. Nur wo einer den anderen als Sache nimmt, gibt es Bemächtigung. Wieder einmal überraschend spricht die Sprache vom Gegen-Über: „Über“ ist am Du zu erfahren. Dahin muss Geschlecht bearbeitet, kultiviert werden – nicht um seiner Zähmung oder sogar Brechung willen, sondern seiner wirklichen Ekstase wegen. Personsein gelingt am dichtesten in der Liebe. Sie lässt den Menschen in sich gründen, treibt ihn aber zugleich über sich hinaus: dem anderen zu. Geschieht dies im Geschlecht, so kommt es sogar zu einer Fleischwerdung im anderen.

Denn hier kommt das *andere* Geschlecht entscheidend ins Spiel. Das Hinausgehen aus sich ist unvergleichlich fordernder, wenn es nicht nur auf ein anderes Ich, sondern auf einen anderen Leib trifft – auf unergründliche Andersheit, unergründliche Entzogenheit, manifest bis ins Leibliche, Psychische, Geistige hinein. Diese Differenz auszuhalten, vielmehr sich in sie hineinzugeben und

hineinzuverlieren, erfordert mehr Mut als sich dem gleichen Geschlecht auszusetzen. Vielleicht ist wirklich nur die Liebe im Sinne von Tollkühnheit fähig, sich überhaupt einzulassen auf die Andersheit des anderen Geschlechtes und sich nicht nur narzisstisch selbst zu begenügen. Wieviel Angst steckt in der Verweigerung der Andersheit? Oder auch wieviel Entzug von Vater und Mutter, als sie zur Ausbildung der Geschlechtsidentität nötig gewesen wären?

Das andere Geschlecht ist nicht zu vereinnahmen, nicht auf sich selbst zurückzuspiegeln: Frau ist bleibendes Geheimnis für den Mann und umgekehrt.⁴⁴ Wer diesem zutiefst Anderen ausweicht, weicht dem Leben aus: Tatsächlich entsteht es nur aus Mann und Frau. Wer den Leib zu einer „Zuschreibung“, zur Verdoppelung des eigenen Geschlechts, zur Suche nach dem Selbst im anderen macht, verkürzt die Bestimmung von Leben. Natürlich kann auch der Schritt in die Differenz missglücken. Es macht die Not der Existenz aus, dass sie alle Lebensvollzüge degradieren kann. Es gibt die Zweckgemeinschaft Ehe, den Selbstgenuss im Sex, das frustrierte, leergewordene Zölibat, das erzwungene, lähmende Alleinsein, den Egoismus zu zweit. Aber das hindert nicht anzuerkennen, dass die Bipolarität der Geschlechter ein *optimum virtutis*, ein Äußerstes an Kraft herausfordert, demgegenüber andere geschlechtliche Vollzüge unterkomplex bleiben.

5. Biblische Grundlegung der Bipolarität

Verwirklichte Leiblichkeit ist im göttlichen Horizont nochmals vertieft zu denken.

Tatsächlich gibt es vor dem biblischen Maßstab drei große (Fehl-)Entwicklungen schon antiker Art, die bis zum heutigen Tage wirksam sind. Zum einen: Die Vergötterung des Geschlechts wird wie alle welthafte Götzendienste abgewiesen (Ex 20, 4 f.). In einer magischen Kultur werden ekstatisch-rauschhafte Zustände, auch der Sexualgenuss, als unmittelbar geheimnisvoll Göttliches, Numinoses verherrlicht, so in Form von Fruchtbarkeitsriten. In heutiger Variante hat sich dies als das verantwortungslose Überwältigen-Lassen

durch den Trieb, dem man sich wie einer fremden Macht ausliefert, erhalten. Mit dieser Potenz wird auch in den Medien gespielt: mit dem Feuer einer tiefen, noch ungeordneten Faszination, die „wie von außen“ anspringt.

Zum zweiten verwirft die Bibel den egozentrischen Ich-Genuss, der das Gegenüber nur werkzeuglich (sklavisch) nimmt – hier fällt das Wort „Unzucht“ (Mk 7, 22; Röm 13, 13; Gal 5, 19; 1 Petr 4, 3). Aus der scheinbaren Antiquiertheit übersetzt: Man kann den Leib zum animalischen Körper degradieren, die Personalität ausklammern und den Trieb zum mechanischen Ablauf herabsetzen. Solche „Abspaltungen“ erniedrigen die Beziehung zur Ware und verkaufen die Frau, neuerdings auch den Mann, als Objekt des Begehrens. Noch im 19. Jahrhundert betrachtete eine atheistisch eingefärbte Medizin – im Sog der Aufklärung – alle Leibvorgänge als bloße Maschinenreaktionen, nachdem 1748 *L'Homme machine* von La Mettrie erschienen war. Auch seelische Empfindungen, die Liebe eingeschlossen, wurden als steuerbar-mechanische Abläufe gedeutet. So konnte man auch von „Geschlechtsteilen“ an der Körpermaschine sprechen.

Die Genesis liest die postlapsarische Verstörung, den fruchtlosen Kampf gegenseitiger Unterjochung im Wortsinn von Geschlecht durchaus als „Geschlachtetsein“. Wo vorher das Glück der Zweiheit stand, steht nach dem Fall das Unglück des Hälftigseins, ohne dass die Hälften sich notwendig ergänzen. Die Brutalität des Nur-Geschlechts, der „Fluss-Gott des Bluts (...) ach, von welchem Unkenntlichen tiefend“⁴⁵, muss erst nochmals erlöst, vermenschlicht werden.

Drittens widerspricht die Bibel einem nicht minder gefährlichen übersteigerten Idealismus: wenn Leib vom Geist getrennt und diesem untergeordnet wird. Hier kommt es zur Scham, überhaupt einen Leib zu haben, wie in der Spätantike häufig formuliert; Sexualität wird als tierisch empfunden. Das orphische Wortspiel „Körper-Gefängnis“ (*soma sema*) wirkt durch die abendländische Kultur in mannigfaltigen, auch christlichen Umsetzungen.

Diese Wirkung ist umso stärker, als tatsächlich Leib, Sexualität und Geist nicht einfach einander zugeordnet sind; Scham ist ja die Antwort auf das Empfinden, in seinen Anlagen uneinheitlich zu sein. Die Kulturgeschichte insgesamt belegt eine Fülle unterschiedlicher Überformungen des Geschlechts durch Tabu, Askese, Triebverzicht.

Diesen Fehlhaltungen stehen biblische Entwürfe gegenüber, die den Leib als Träger der Personalität (subjektiv) und weitergehend als Träger aller Beziehungen (intersubjektiv) sehen, zu Welt, zu Menschen, zu Gott. So wird die innere Nähe von Geschlechtsliebe und Gottesbeziehung mit großer Unbefangtheit ausgesprochen in einer mystischen Deutung des *Hohenlieds*, von wo die ekstatische menschliche Liebe auch auf die Liebe zwischen Schöpfer und Geschöpf übertragen wurde. Vor allem aber ist die *Fleischwerdung* Gottes Neueinsatz und Herausforderung – kann Gott überhaupt Leib und Geschlecht annehmen? Entgegen allen Idealisierungen leibloser Göttlichkeit ist die Inkarnation Jesu der eigentliche Unterschied zu anderen religiösen Traditionen. *caro cardo* – das Fleisch wird Angelpunkt und setzt die gesamte Materie in ein neues, unerschöpfliches Licht, gesteigert durch die leibliche Auferstehung Jesu. Und die äußerste Provokation des biblischen Denkens geht sogar durch den Tod hindurch auf eine künftige erlöste Welt zu – auf todloses Leben in männlichem und weiblichem Leib. Nach den Worten Jesu wird es zwar kein „Heiraten“ mehr geben, aber mehr als das: ein Leben in Fülle.

In der Vorwegnahme solcher Erfüllung wird die Ehe zum Sakrament: zum sinnlichen Zeichen realer Gegenwart Gottes in den Liebenden. Es ist dieses Rückbinden des Geschlechts in seinen zentrifugalen Möglichkeiten an den ganzen Menschen, das die Bibel vorstellt: damit der ganze Mensch sich übersteigt und damit nicht nur seine Biologie oder sein Geist in die Ekstase, vielleicht ins Du-Lose wegstreben.⁴⁶

Ekstase meint: „Liebe. Man verlegt den Mittelpunkt aus sich selbst heraus. Aber wiederum in eine endliche Sache.“⁴⁷ Das Glücken der *endlichen* Begeg-

nung kann nicht durch das Sakrament „garantiert“ werden, aber in seinem Schutz stehen die Elemente, unter denen die schwierige Balance gelingen kann: einmal den Leib in seinem Geschlecht als Vorgabe (*datum*, nicht *factum*) anzuerkennen und zum zweiten sich das Kind durch den anderen geben zu lassen, drittens die Ehe unauflöslich („ewig“) als „ein Fleisch“ zu wollen. Eros und Fruchtbarkeit lassen sich nicht auf Dauer trennen, denn der Eros selbst transzendiert in die Fruchtbarkeit, und die Fruchtbarkeit bindet wiederum beide. Der Mann wird nur an der Frau zum Vater, die Frau nur am Mann zur Mutter, das Kind nur an den Eltern zum Menschen. Wo der Geschlechtsgenuss das Kind grundsätzlich verweigert,¹⁸ wird im Umkehrschluss der andere, die andere verweigert.

Auch von der biblischen Gottesaussage her ist die narzisstische Entwicklung unserer Zeit zu betrachten. Zu modischer Breite angewachsen ist das erwähnte, ideologisch unterfütterte Ausweichen vor dem anderen Geschlecht, seiner Zumutung durch Anderssein. Männer flüchten sich zu Männern, Frauen zu Frauen. Homoerotik vermeidet jeweils die Zwei-Einheit aus Gegensatz, sie wünscht Zwei-Einheit aus Gleichem – allerdings muss ein Partner doch die „andere“ Rolle nachahmen. Könnte über alle Morallehren hinweg, die doch nicht greifen, die alte Genesis-Vision erneuert werden, dass in der Zumutung der getrennten Geschlechter sich am Grund der Begegnung die göttliche Dynamik abspielt? Dass das Spiel der Geschlechter als Bild für das alle Bilder Sprengende steht, für die innergöttliche Liebe, die „Perichorese“ von Vater und Sohn im Geist? Und dass von daher das Sich-Einlassen auf das fremde Geschlecht eine göttliche Spannung ausdrückt?

Daher werden Eros und Fruchtbarkeit in den Bereich des Heiligen gestellt: nicht nur als ursprünglich paradisiische Gaben (Gen 1, 27 f.), sondern „nach dem Fall“ eben im Sakrament. Nie wird nur primitive Natur durch das Christentum verherrlicht: Sie ist vielmehr in den Raum des Göttlichen zu heben und heilend zu bearbeiten. Hilde-

gard von Bingen sagt den schönen Satz, Mann und Frau seien „ein Werk durch den anderen“ (*unum opus per alterum*). Wie tief dieses Werk leibhaft verankert ist, zeigt nochmals das Kind. „Leiblichkeit ist das Ende der Werke Gottes“, formulierte der Pietist Friedrich Christoph Oetinger. „Fruchtbarkeit ist das Ende der Werke Gottes“, könnte man dem Sinn nach weiterformulieren.

Referenzen

- 1 Flax J., *Thinking Fragments: Psychoanalysis, Feminism and Postmodernism in the Contemporary West*, University of California Press, Berkeley (1990), S. 32
- 2 de Beauvoir S., *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*, Rowohlt, Reinbek (1951)
- 3 Vgl. Raynova I. (Hrsg.), *Simone de Beauvoir. 50 Jahre nach dem Anderen Geschlecht*, Peter Lang, Frankfurt/Main (2004)
- 4 Butler J., *Das Unbehagen der Geschlechter*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1991)
- 5 Vgl. Gerl-Falkovitz H.-B., *Frau – Männin – Mensch. Zwischen Feminismus und Gender*, Butzon & Bercker, Keverlaer (2009)
- 6 „Das schönste Photomodell wird endlich eine Frau“, *Neue Zürcher Zeitung*, 17. März 1997, S. 28
- 7 Ein Fremdentwurf liegt z. B. in Albanien vor, wo wegen der Blutrache ein Männerdefizit ausgeglichen wird, indem Frauen zu Männern und damit zum Oberhaupt einer Sippe erklärt werden. Sie dürfen keinerlei Sexualität leben, kleiden und benehmen sich wie Männer und können nie mehr in ihr eigentliches Geschlecht wechseln.
- 8 Landweer H., *Generativität und Geschlecht. Ein blinder Fleck in der sex/gender Debatte*, in: Wobbe T., Lindemann G. (Hrsg.), *Denkachsen. Zur institutionellen Rede von Geschlecht*, Suhrkamp, Frankfurt/Main (1994)
- 9 Boulnois O., *Die sexuelle Differenz*; IKZ *Communio* (2006); 35(4): 336-354
- 10 Fellmann F., *„Das Paar.“ Eine erotische Rechtfertigung des Menschen*, Parerga, Berlin (2005)
- 11 Guardini R., *Welt und Person. Versuche zur christlichen Lehre vom Menschen*, Werkbund, Würzburg (1939), S. 99
- 12 Guardini R., siehe Ref. 11, S. 106
- 13 Guardini R., siehe Ref. 11, S. 124
- 14 Levinas E., *Die Zeit und der andere*, Meiner, Freiburg, München (1965); Levinas zählt den Tod, den Eros des Mannes zur Frau und den Sohn zu den drei großen „Passionen“ des Lebens – gerade weil sie uneinholbar,

unbegriffen und alle Kraft fordernd bleiben.

- 15 Rilke R. M., *Duineser Elegien*, in: Rilke R. M., *Werke II*, Insel, Frankfurt (1980), S. 449
- 16 Rilke thematisiert in der zweiten Duineser Elegie eine Liebe, die über das Du des Mädchens hinweg in „Welt-raum“, ins „Offene“ geht.
- 17 Weil S., *Cahiers. Aufzeichnungen II*, übersetzt von Elisabeth Edl und Wolfgang Matz, Carl Hanser, München (1993), S. 83
- 18 Davon unabhängig gibt es selbstverständlich tiefreichende gute Gründe, keine Kinder zu haben oder die Kinderzahl zu beschränken. Aber die Begründung darf sich nicht unterschwellig gegen den Partner richten.

Katharina Westerhorstmann

Geordnete Sexualität. Über die Tugend der Keuschheit

Putting Sexuality in Order: On the Virtue of Chastity

Zusammenfassung

Wenn der verantwortungsbewusste Umgang mit Sexualität gesellschaftlich vor allem *ex negativo* diskutiert wird, wie z. B. in den Missbrauchsskandalen der vergangenen Monate, sind theologische und philosophische Ansätze gefragt, die zu einer Erneuerung des Umgangs mit Sexualität beitragen können. Eine Ordnung der Sexualität, die sich vernunftgemäßen und damit menschlichen Kriterien unterwirft, soll daher im Folgenden im Sinne einer Tugend der Keuschheit vorgestellt werden, die die leibliche Dimension ebenso betrifft wie die seelische. Die genannte Tugend wird dabei als eine zur festen Disposition gewordene, gute Gewohnheit erläutert, die zu einer gelungenen Integration der Sexualität in das gute Leben des Geschenkhafte bedarf.

Schlüsselwörter: Sexualethik, Sexualität, Tugendethik, Keuschheit, Moral

Abstract

If the responsible treatment of sexuality is discussed within society – particularly *ex negativo*, as was the case, for example, in the abuse scandals of recent months – theological and philosophical approaches are required that can contribute toward a renewal of how we deal with sexuality. An order of sexuality that complies with sensible – and, hence, humane criteria – is therefore presented in the following essay within the sense of a virtue of chastity that refers not only to the dimension of the body but also of the soul. The virtue mentioned is explained as a good habit that has become a set disposition that calls for the successful integration of sexuality into the good life to which something additional has to be given.

Keywords: Sexual Ethics, Sexuality, Virtue Ethics, Chastity, Moral

Dr. theol. Katharina Westerhorstmann
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Lehrbeauftragte für Ethik/Praktische Philosophie
Habilitation in Katholischer Moralthologie
Sautierstraße 53b, D-79104 Freiburg
k.westerhorstmann@gmx.de

In einer Zeit, in der, wie in den vergangenen Monaten, der verantwortungsbewusste Umgang mit Sexualität gesellschaftlich vor allem *ex negativo*, nämlich am Beispiel von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen diskutiert wird, besingt der Frankfurter Jesuit und Neutestamentler Ansgar Wucherpfennig das „Lob der Keuschheit“.¹ Das mag vor dem Hintergrund der massiven Vorwürfe gerade an die jesuitische Ordensgemeinschaft zunächst verwundern, der Tenor der Äußerungen Wucherpfennigs lässt jedoch bald aufhorchen. Neben persönlichen Bemerkungen verfolgt der kurze Beitrag das Ziel, den Blick auf eine längst beinahe in Vergessenheit geratene Tugend zu lenken, um einen Weg aus der aktuellen Misere zu zeigen: „Bezüglich der Keuschheit ist eine Bekehrung der gesamten Kirche notwendig.“²

Der Begriff der „Keuschheit“

Nun haben wir es in der Frage der Keuschheit mit gerade einem jener Themen zu tun, die eine Kluft zwischen kirchlicher Verkündigung und gesellschaftlichem Mainstream zuweilen besonders deutlich werden lassen. So wertet Konrad Hilpert die Auffassung von „Keuschheit und Askese als Tugenden“ sogar als „drückende Hypothek“ der Geschichte.³ Das ist wohl auch einer der Gründe, warum aktuelle deutschsprachige Publikationen zu diesem Thema überschaubar sind.⁴ In seinem Buch „Kleriker“ hatte Eugen Drewermann bereits 1989 das Ende der Keuschheit verkündet und gemeint: „Der Begriff der ‚Keuschheit‘ [ist] unrettbar ins Lächerliche, Abartige und Perverse abgeglitten.“⁵ Konsequenterweise forderte er die Abschaffung des Begriffs der Keuschheit mit dem Hinweis, er solle, wo etwa „keusch“ gemeint sei, „übersetzt“ bzw. ersetzt werden durch „Redewendungen... wie: so sensibel, daß es die Seele ruft, so zärtlich wie der Hauch des Windes über dem Gras, so sanft wie der Flügel eines Schmetterlings“.⁶

Das klingt modern, indes muss nach kaum mehr als zwanzig Jahren angemerkt werden, dass die Lebenswirklichkeiten der Menschen, ihre Er-

wartungen an Kirche (und Theologie) in Bezug auf die Darstellung von moralischen und ethischen Positionen sowie ihr sexuelles Verhalten und Wünschen kaum noch zu diesem poetisch-klingenden Konzept der Reduzierung auf die reine Gefühlsebene zu passen scheinen.

Dies aber scheint für eine dem Menschen angemessene Ordnung der Sexualität im Sinne der Tugend der Keuschheit dürftig zu sein, da weder die personale und moralische Beziehung zur Person selbst (und nicht nur als einem vor allem sexuellen Wesen) noch die für die Sexualität elementare Frage nach einer angemessenen Beziehung zu einem Anderen reflektiert und thematisiert wird.

Treue und Verlässlichkeit stehen als tugendhafte Charaktereigenschaften auch bei jungen Menschen hoch im Kurs, wenn auch bisweilen nur als Ideal, das noch nicht die Kraft zur Umsetzung beinhaltet.⁷ Die Äußerungen von F. Nietzsche wirken daher beinahe roh und abstoßend. So formulierte er 1888: „Die Predigt der Keuschheit ist eine öffentliche Aufreizung zur Widernatur. Jede Verachtung des geschlechtlichen Lebens, jede Verunreinigung desselben durch den Begriff ‚unrein‘ ist die eigentliche Sünde wider den heiligen Geist des Lebens.“⁸ Nicht nur Nietzsche und Freud versuchten, mit freilich je unterschiedlichen Ansätzen, Ende des 19. Jahrhunderts die tatsächlich übertriebene Furcht vor allem Sexuellen und Triebhaften aufzubrechen, um die menschliche Natur zu ihrem Recht zu bringen. Dabei haben sie sowohl gegen die Keuschheit als sexuelle Enthaltensamkeit und asketische Tugend als auch gegen die Moral(lehre) der Christen als Ganze polemisiert, um den Menschen zu befreien. Ähnlich, wenn auch politischer motiviert, wollte sich auch die 68er-Bewegung des letzten Jahrhunderts von den Zwängen einer kirchlichen und gesellschaftlichen Moral vollständig befreien.

Dass die Keuschheit als sittliche Tugend einen besonderen Wert hat und zu den Dingen gehört, die ihrem Wesen nach „schön“ und gut sind, gehört daher nicht mehr zum Common sense. Vielleicht je-

doch liegt das vor allem am Klang des Begriffs, der unmittelbar bestimmte Assoziationen hervorruft, die stark vom persönlichen Erleben und der öffentlichen Meinung geprägt wurden. So soll im weiteren Verlauf dieser Ausführungen gezeigt werden, dass der Begriff „Keuschheit“ Inhalte transportiert, die gerade in unserer Zeit z. B. als zentral für eine Partnerschaft verstanden werden: Die hohe Qualität der Beziehung, (gegenseitige) Hingabe bei Wahrung der eigenen Identität, Treue sowie die Achtung vor dem Anderen und seiner Würde. Den Anderen eben nicht lediglich als Objekt der eigenen Lustbefriedigung zu betrachten, sondern als Person, die selbst das Ziel der Liebe, Zuneigung und Bejahung ist.⁹ Die heutigen Schwierigkeiten mit dem Begriff der „Keuschheit“ liegen zumeist in der Tradition der christlichen Morallehre begründet, die in kasuistischer Verengung im Bereich der Sexualität, mithin in der Unkeuschheit die schlimmste Sünde erkannte, und so die sexuellen Triebe als den eigentlichen Kampfplatz des Lebens erachtete.

Daraus ließe sich nun schließen, dass wegen der belasteten Begriffsgeschichte, der Begriff nicht nur überflüssig, sondern inzwischen sogar störend sei in dem Versuch, die personale Dimension der Geschlechtlichkeit in anthropologisch-sittlicher und auch in theologischer Hinsicht zu entfalten. Hans Rotter meint dementsprechend: „Der Begriff ‚Keuschheit‘, der ursprünglich etwa Bewusstheit oder Verantwortungsbewusstsein besagt, heute aber oft nur noch sexuelle Enthaltung meint, ist für die positiven Werte geschlechtlich reifen Verhaltens viel zu eng.“¹⁰

Es muss jedoch gefragt werden, ob das, was ursprünglich mit dem Begriff Keuschheit gemeint war, derzeit so allfällig gesellschaftlich präsent ist, dass es lediglich eines neuen Begriffs bedürfe, da der alte in der gegenwärtigen Situation nicht mehr passend erscheint. Dann könnte tatsächlich ein neuer Begriff hilfreich sein, um dieselbe Wirklichkeit auf modernere Weise auszudrücken. Dies kann jedoch wiederum nur in dem Fall gelingen, wenn das Faktum gelebter Keuschheit sozusagen

vor aller Augen liegt und eine unproblematische Neubezeichnung zu erwarten wäre. Schließlich bringt eine solche Umbenennung die Gefahr mit sich, dass mit der weiteren Eliminierung des Begriffs der „Keuschheit“ aus den theologischen, auch philosophischen Schriften sich zugleich die damit ausgedrückte Tugend und Lebensweise mithin vollständig aus dem Blickfeld, auch der Christen, verlieren könnte. Denn bislang ist kein anderer Begriff in Sicht, der den Bedeutungsrahmen von Keuschheit und Klarheit, sexuelle Ordnung und Reinheit umfasst. Zudem ist es unsicher, ob sich ein neues Wort überhaupt durchsetzen würde, da die Erfahrung zeigt, dass neue Begriffe vor allem dann in den gesprochenen Wortschatz übernommen werden, wenn der Bedeutungsinhalt einen Anhalt an der alltäglichen Erfahrung hat. Dass das nun bei der Keuschheit derzeit gerade weniger der Fall ist, braucht nicht eigens erwähnt zu werden.

Als alternative Lösung böte sich beispielsweise eine Erneuerung des Verständnisses der Keuschheit an, wie es nach Dietmar Mieth auch „KANTS Lehre über den Gebrauch von Begriffen entspricht“.¹¹ Mieth wählt dafür den „Kern scholastischer und moraltheologischer Weisheit“ aus: „die menschliche Geschlechtlichkeit ‚gemäß der Vernunft‘, d. h. gemäß der in der Erfahrung erkennbaren Ordnung der Wirklichkeit zu leben. Bejahung der Triebstruktur, Verfeinerung personaler Qualitäten und das hohe Lied der Liebe ... sind Strukturen der Rettung im Leitbild der Keuschheit“.¹² Wenn jedoch Mieth anschließend die Treue ausdrücklich *nicht* mit der Keuschheit verbunden wissen möchte, sondern sie ausschließlich als selbstverständlichen Bestandteil der Liebe darstellt, greift der Ansatz zu kurz. Denn, dass Keuschheit für die Treue einen stärkenden und flankierenden Wert haben kann, scheint nur schwer widerlegbar.

Heute wird der Begriff der Keuschheit, so er überhaupt gebraucht wird, zumeist vor dem Hintergrund einer der beiden folgenden Ansätze eingebracht: Entweder wird die vielfach nicht mehr verstandene, kirchlich formulierte Forderung nach

Keuschheit gleichgesetzt mit einem überkommenen, nicht mehr zeitgemäßen Moral-System, einem unerlaubten Eingriff in die Intimsphäre und den Gewissensbereich des einzelnen (Christen), die darum abzulehnen sei, oder aber „Keuschheit“ wird zum Kampfbegriff gegen den Verfall moralischer Werte und unsere verssexualisierte Wirklichkeit. Keuschheit wird deshalb mancherorts wieder zum einzig ausschlaggebenden Prädikat und Prüfstein überzeugten Christseins.

Beide Wege sollen hier nicht eingeschlagen werden. Vielmehr soll im Folgenden nun eine Darstellung dessen erfolgen, was man zunächst unter „Keuschheit“ versteht, wie es um die Rezeption und das „Verfallsdatum“ des Begriffs an sich steht, ob die Werte, die dem Sinngehalt von „Keuschheit“ entsprechen, bereits zum christlichen Menschenbild gehören und welche Position eine moraltheologische bzw. sexualethische Reflexion einnehmen kann. Man könnte die folgenden Überlegungen mit dem Versuch einer „Rehabilitierung der Keuschheit“⁴³ vergleichen, indem die personale Dimension der Geschlechtlichkeit hervorgehoben und auf das Ganze der Existenz bezogen werden soll. Ein solcher Ansatz könnte möglicherweise eine breitere Zustimmung erwarten lassen, da Keuschheit als Lebensweise auch in anderen religiösen und kulturellen Kontexten eine Rolle in der Ordnung des geschlechtlichen Lebens spielt.⁴⁴

Geordnete Sexualität als Tugend der Keuschheit

Aus der Moralphilosophie nicht explizit christlicher Provenienz gibt es inzwischen dazu Vorschläge, die Notwendigkeit einer Tugend der Keuschheit zu überdenken. Dafür plädiert beispielsweise die britische Moralphilosophin Philippa Foot, die sich selbst als „a card-carrying atheist“⁴⁵ bezeichnet. Foot stellt die Keuschheit in den Rahmen des natürlichen Guten und der Tugend: Es „könnte ... für uns gut sein, vorurteilslos zu fragen, ob es nicht eine Tugend der Keuschheit gibt. (Eine solche Tugend würde natürlich, wie gesagt, in verschiedenen Kul-

turen und Zeiten unterschiedliche Form annehmen.) Ich denke, daß sogar heute, in der westlichen Welt, Bedarf an einer solchen Tugend vorhanden ist.“⁴⁶ Vor allem sexuelle Treue sieht Foot von der Keuschheit her gefordert, da diese sowohl für das Gelingen tieferer personaler Beziehungen notwendig sei und der Sorge für die Kinder den wesentlichen Rahmen biete.⁴⁷ Man müsse jedoch nach den Grundlagen und Beweggründen für die Tugend der Keuschheit fragen.⁴⁸

Zugleich ist es offenbar unerlässlich, eine unserer Zeit angemessene Ausdrucksweise der Keuschheit zu entwickeln, die den Erfordernissen und dem Kontext einer Zeit entsprechen, wie auch Foot hervorhebt. „Es wäre beispielsweise erhellend zu fragen, in welcher Weise sich die Tugend der Keuschheit im Kontext der gegenwärtigen westlichen Sitten und Gebräuche ausdrücken kann.“⁴⁹

Keuschheit kann dabei nicht als eine einzelne Tugend verstanden werden, die das Ideal des menschlichen Lebens darstellt, sondern als ein Teil einer Sexualethik, die zum Gelingen des menschlichen Lebens beiträgt. Die Auffassung vom Menschen, der mit Hilfe seiner Vernunft die grundlegenden sittlichen Wahrheiten, die zu seinem Menschsein als solchem gehören, erkennen kann, ist dabei vorausgesetzt. Peter Geach, Freund von Philippa Foot und ebenfalls Moralphilosoph britischer Herkunft, meint deshalb, dass die unterschiedene Wertschätzung der Keuschheit sogleich unmittelbar die Erkenntnis und Anforderung enthalte, dass der Mensch der Umsetzung dieser Tugend ins eigene Leben bedürfe: „If you opt for virtue, you opt for being the sort of man who *needs* to act virtuously ... And if you opt for chastity, then you opt to become the sort of person who *needs* to be chaste“.²⁰

Bei Albert Camus findet sich die möglicherweise biographisch beeinflusste Äußerung: „Zügellose Sexualität führt zu einer Philosophie der Sinnlosigkeit der Welt. Die Keuschheit hingegen verleiht ihr (der Welt) einen Sinn.“²¹ Hierin spiegelt sich die Auffassung, dass Sinn (und möglicherweise die damit verbundene Erfüllung) sich letztlich nicht dem

Zugreifenden und Konsumierenden erschließt, sondern dem, der warten und seine Ansprüche um eines Größeren willen auch zurücknehmen kann.

Üblicherweise wird die Keuschheit der Kardinaltugend der Mäßigung, die auch „Zucht“ genannt wird, zugeordnet.²² Damit ist die Selbstbeherrschung in Bezug auf die Sexualität, taktvolle Zurückhaltung sowie das Anerkennen des legitimen Rahmens für sexuelle Handlungen gemeint. Es geht um die Einschränkung oder auch Zügelung der natürlichen Triebe, damit sie, statt zerstörerisch zu wirken, zur Entfaltung eines guten Lebens beitragen. Wie jede andere Tugend soll die Keuschheit das Handeln des Menschen und damit ihn selbst in seiner ganzen Person und Wirklichkeit durch die rechte Vernunft auf das Gute hin ausrichten.²³ Nach Klaus Demmer liegt es bereits „im Wesen des Menschen“ begründet, dass „an der Ordnung geschlechtlichen Verhaltens ... kein Weg vorbei“ führt.²⁴ Daher ist eine ordnende Kraft notwendig, die der Sexualität den rechten Weg zwischen den Extremen der Leib- und Triebverneinung einerseits und der egoistischen Verwirklichung von Lustinteressen andererseits weisen soll.²⁵

Die in der Keuschheit erlangte innere Ordnung der sexuellen und gefühlsmäßigen Dimension des eigenen Lebens ist ein unmittelbarer Wert, der nach Bernhard Fraling indes noch ein letztes Ziel hat: „dass jemand seine eigene geschlechtliche Bestimmung, ... so in seinen personalen Lebensvollzug integriert, dass sie der Realisierung menschlicher Liebe dient.“²⁶ Die Keuschheit ermöglicht nach Fraling erst echte Liebe und Liebeshingabe. So wird Keuschheit: „... die Tugend, durch die der Mensch seine sexuellen Kräfte nach Gottes Plan ordnet.“²⁷

Die Betonung der Keuschheit als Tugend, die der Entfaltung bedarf, die sich somit auch dynamisch und prozesshaft entwickelt, eröffnet die Möglichkeit, auch nach einem erlebten Scheitern eine Neuorientierung bzw. einen Neubeginn ins Auge zu fassen und das Ziel nicht aus dem Blick zu verlieren. So stellt der Wüstenvater Cassian den enthaltsam Lebenden mit demjenigen auf die

gleiche Stufe, der nach einer Zeit ungeordneter sexueller Praxis zu einem geordneten, keuschen Leben zurückfindet.²⁸ C. S. Lewis meint sogar, dass es gerade dieser „stete Neubeginn“ im Charakter der Keuschheit sei, der den Menschen vor dem Irrtum bewahre, dass er sich bereits unwiderruflich im Besitz dieser Tugend befinde, was schlichtweg unmöglich sei.²⁹

Die Tugend allein, verstanden als menschliche Tüchtigkeit in der Verwirklichung des sittlich Guten, kann jene Leib und Seele gleichermaßen umfassende Keuschheit jedoch noch nicht vollständig beschreiben. Das hat einen Grund, der im Menschen selbst liegt. Nietzsche hat das richtig gesehen und mit poetischer Klarheit ausgedrückt: „Doch alle Lust will Ewigkeit -, will tiefe, tiefe Ewigkeit.“³⁰

Das Geschenkhafte an der Keuschheit

Auch die erfülltste menschliche, auch sexuelle Beziehung kann die Beständigkeit des augenblicklichen Glücks nicht schenken. Daher ist die Selbstzügelung des eigenen Drangs nach Lust und sexueller Betätigung nicht nur in moralischer Hinsicht geboten, sondern mithin die angemessene Antwort des Menschen auf den unendlichen Wunsch nach Ganzheit und Glück, der in dieser Welt nicht erfüllt werden kann. Für den Menschen gilt grundsätzlich, dass ein maßvoller Umgang mit den Genüssen dieser Welt die Vergänglichkeit des Irdischen in Erinnerung ruft und somit korrigierend auf ein maßloses Streben nach Lust wirkt. Augustinus preist dementsprechend den allein als keusch, der sein letztes Streben auf Gott hinlenkt und sich letztlich an ihn hält.³¹

Dann ist es die Liebe Gottes, die ihrerseits die Keuschheit im Gesamtzusammenhang menschlicher Wirklichkeit, die die Gottesbeziehung umfasst, ausrichtet und formt. Denn selbst die Wüstenväter, darunter vor allem auch Cassian, der selbst viel vom Kampf um Reinheit und Keuschheit hielt, wussten darum, dass der Mensch sich nicht nur nicht selbst das Glück schenken kann, sondern dass auch das menschliche Können im Bereich der

Keuschheit und Reinheit begrenzt ist. Gewisse Höhen sittlichen Lebens können sicherlich erreicht werden durch Mühe, Anstrengung und der vernunftgemäßen Ausrichtung auf das jeweils rechte Maß, das zugleich zum Kennzeichen des geistlichen Lebens wird. Guter Wille und Askese allein jedoch sind noch keine hinreichenden Voraussetzungen für eine Keuschheit. Zu einer wirklichen sexuellen Integrität bedarf es des göttlichen Beistandes, denn es ist ein „Gnadengeschenk“, das nicht nur die Motivation zu einer die Keuschheit beinhaltende Lebensweise bereithält, sondern das menschliche Bemühen ergänzt und letztlich zum Ziel der Liebe und Keuschheit führen kann.³²

Das christliche Gebot der Keuschheit (enkrateia) wird neutestamentlich zunächst im Zusammenhang mit Gerechtigkeit und Gericht genannt (vgl. Apg 24, 25) und zudem als Gabe formuliert (Vgl. Gal 5, 23), als Frucht des Heiligen Geistes, die mit Beherrschtheit oder Enthaltensamkeit zu übersetzen ist. Der Begriff selbst ist im Neuen Testament lediglich an drei Stellen gebraucht. So ist die Keuschheit oder Enthaltensamkeit offensichtlich weder die erste, noch die wichtigste der in dem Zusammenhang (Gal 5, 22 f.) genannten guten Eigenschaften, die in den Bereich personaler Tugend und Vollkommenheit hineingehören. Da die Liebe in 1 Kor 13 als „forma virtutum ...“ geschildert wird, die jegliches andere Gut erst wirklich gut macht³³, besteht offenbar auch ein inwendiger Zusammenhang zwischen der Liebe und der Keuschheit. Eine Verbindung der Auffassung von Keuschheit als Tugend und als Frucht göttlicher Gnade kann uns damit eine erste Antwort geben.³⁴

Hier wird zugleich deutlich, dass es sich um eine Haltung oder Beschaffenheit eines Menschen handelt, die sowohl seine leibliche als auch seine geistige Wirklichkeit betrifft. Leib und Seele spielen, wie in der gesamten Wirklichkeit des Menschen, unmittelbar ineinander und eine vereinseitigte Befassung mit einer der beiden Dimensionen hätte eine deutlich verkürzte Sicht der Keuschheit zur Folge. Klassischerweise wurde aus diesem Grund unter-

schieden zwischen körperlicher bzw. leiblicher und geistiger bzw. seelischer Keuschheit.³⁵

Leibliche Keuschheit und Enthaltensamkeit

Zumeist klingt im Begriff der Keuschheit so gleich ausschließlich Verzicht und letztlich vor allem vollständige sexuelle Enthaltensamkeit mit. Auch im Rahmen von Askese wird sie genannt, wobei diese dann jedoch zumeist nicht in ihrem ursprünglichen Sinn als Einübung, die mit der griechischen Tugend (arete) vergleichbar wäre, verstanden wird, sondern vor allem im Sinn des zu Unterlassenden. Lange Zeit herrschte dieses Missverständnis vor, das zudem beinhaltete, dass Keuschheit zugleich völlige Enthaltensamkeit meine, ja letztlich identisch sei mit Jungfräulichkeit.³⁶ Die „eheliche Keuschheit“ gab daher zuweilen Anlass zu Missdeutungen, beispielsweise die so genannte „Josefsehe“ als Inbegriff einer vollkommenen, keuschen Ehe zu verstehen. Dass „Keuschheit“ nicht mit völliger Enthaltensamkeit gleichzusetzen ist, und es möglicherweise dennoch einen Zusammenhang gibt, muss genauer erläutert werden. Wie die Keuschheit angemessen gelebt wird, hängt ganz entscheidend von der Lebenssituation des Einzelnen ab. Die unterschiedlichen Lebensweisen erfordern eine je spezifische gelebte Keuschheit, wie im Folgenden noch zu zeigen sein wird.

Geistige Keuschheit

Dass sich die Keuschheit eines Menschen nicht allein auf die körperliche Integrität eines Menschen bezieht, sondern ausdrücklich eine „innere“ Seite besitzt, scheint heute nicht selbstverständlich. In der christlichen Antike, vor allem in der Zeit der Mönchsväter, an der Schwelle zum Mittelalter, gehörte „Der Kampf um die Keuschheit“³⁷ zum geistlichen Kampf, den die Mönche in ihrem Alltag zu bestehen hatten. Dabei ließen sich nach dem bereits erwähnten Cassian verschiedene Stufen der Keuschheit erreichen, die mit einer immer größeren Freiheit von der sexuellen Neigung der Natur und des menschlichen Körpers einherging.

Die sich körperlich manifestierende Keuschheit, also der Verzicht auf sexuelle Betätigung im umfassenden Sinn, ob nun z. B. mit Frauen oder in der einsamen Selbstbefriedigung, entspricht dabei noch einer niedrigen Stufe, die nach Auffassung Cassians noch verhältnismäßig leicht zu erreichen ist. Die höheren Stufen gehen mit einer inneren Befriedigung des Geistes einher, der nicht mehr durch sexuelle Begierde aus der Bahn geworfen oder auch nur beeinflusst wird.³⁸

Vielen ist heute eine solche Denkweise fremd geworden, so dass sich fragen lässt, wie eine geistige Keuschheit in der heutigen Zeit aussehen kann. Durch die starke Präsenz sexueller Inhalte und Bilder in den Massenmedien, die kaum noch Grenzen der Intimität und auch des guten Geschmacks respektieren, ist sicher der Einzelne in seinem Rezeptions- und Konsumverhalten stärker herausgefordert, als es noch vor einigen Jahrzehnten der Fall war, als z. B. pornographische Bilder beinahe ausschließlich demjenigen begegneten, der sich willentlich und bewusst darum bemühte oder sich zumindest darauf einließ. Inzwischen jedoch wird in beinahe jedem Kinderzimmer der Geschlechtsakt zum Normalfall dessen, was Fernsehen zeigen darf. Vielleicht ist es gerade deshalb notwendig, in diesem Bereich sensibler zu werden, um den vor allem medialen Reizen zur sexuellen Begierde nicht widerstandslos ausgeliefert zu sein.

Die geistlichen Väter der Mönche haben für solche Fälle zur Enthaltensamkeit der Augen geraten, die diejenigen Dinge, Bilder und Orte meiden ließ, die die Begierde wecken konnten. Würde man sich heute diesen Rat zueigen machen, wäre das Kino ebenso Tabu wie Plakatwände, bereits Vorabendfernsehen, Werbung und auch das Internet. Was kann der Ausweg sein für Menschen, die in dieser Welt leben und sich doch diese Art der inneren Unversehrtheit bewahren möchten? Dazu bedarf es sicher zunächst der Entscheidung, das mit den Augen Wahrgenommene an der Ordnung der Sexualität zu messen und gegebenenfalls auf den Konsum anders ausgerichteter Medien zu verzichten. Zu-

dem gilt es, Wege zu einer neuen Sensibilisierung für die andere Person, die in der partnerschaftlich gelebten Sexualität, zu eröffnen.

Durch die Trennung von Liebe und Sexualität, wie es in den Jahren nach der sogenannten „sexuellen Revolution“ gefordert und praktiziert wurde, geriet auch das personale Gegenüber der geschlechtlichen Lust häufig aus dem Blick, und der bloße Körper wurde vielfach zum Objekt der Begierde.³⁹ Dass so Sexualität und Liebe voneinander getrennt erschienen, war wohl eine sich besonders verheerend auswirkende Errungenschaft jener Zeit.⁴⁰ Die Sichtweise, die den anderen Menschen als Person sieht und achtet, der als er selbst letztlich Ziel der liebenden Sehnsucht ist, bahnt einen Weg zu einer keuschen Lebensweise, die zugleich aus dem Egoismus einseitiger Suche nach Befriedigung der eigenen Wünsche zu befreien vermag.

Im Hinblick auf ein Training in Bezug auf den Umgang mit visuellen Reizen vor dem Hintergrund, eine geistige Keuschheit anzustreben, ist noch die Beobachtung von Josef Pieper zu nennen, der die besondere Bedeutung der geistigen Keuschheit hervorhebt, die als erwartende und empfangende Grunddisposition des Menschen zur Erkenntnis in Bezug auf das Ganze der Wirklichkeit befähigt: „Die Tugend der Keuschheit macht den Menschen mehr als alles andere fähig zur Beschauung.“⁴¹

Keuschheit in den verschiedenen Lebensformen⁴²

1. Vor- bzw. außereheliche Keuschheit

Dieser Bereich ist derjenige, der zumeist unmittelbar mit dem Geltungsbereich einer Keuschheitsnorm identifiziert wird. Zumeist wird darunter der Verzicht auf sexuelle Handlungen außerhalb des legitimen ehelichen Rahmens verstanden. Dass es sich dabei um eine unvollständige Sichtweise handelt, ist bereits deutlich geworden. Wie aber steht es nun um die Keuschheit als Lebensform von (Noch-)Nichtverheirateten? Traditionellerweise gebrauchte man im Christentum dafür den Begriff der „Jungfräulichkeit“. Mit der Zeit jedoch hat sich

gesellschaftlich eine semantische Verschiebung des Begriffsinhaltes insofern vollzogen, dass nunmehr Jungfräulichkeit ausschließlich als quasi biologische, sexuelle Unversehrtheit verstanden wird, die zugleich einen negativen Inhalt konnotiert, weil dieses Noch-Nicht einer sexuellen Betätigung ab dem frühen Jugendlichenalter kaum noch als notwendig oder angemessen angesehen wird. So wird die in der Vergangenheit hochgepriesene „Jungfrau“ zur unbequemen Anfrage an die eigene sexuelle Praxis und als exemplarisches Gegenmodell zur aufgeklärten Gesellschaft. Der entsprechende Begriff für den jungen Mann hat sich indes nie gebildet, da mit dem „Junggesellen“ lediglich der unverheiratete Mann bezeichnet wird. Zuweilen wird deshalb kurioserweise vereinfachend beim Mann ebenfalls von „Jungfrau“ gesprochen, wenn die sexuelle Nicht-Betätigung ausgesagt werden soll.

Gleichzeitig zum gesellschaftlichen Mainstream, der sexuelle Kontakte ab dem Jugendalter weitgehend als normal und durchaus angemessen, ja sogar in gewisser Hinsicht notwendig empfindet, findet sich vermehrt die Auffassung, dass hinsichtlich der Brüchigkeit moderner Beziehungen (vgl. z. B. die hohen Scheidungsraten) gängige Auffassungen über Persönlichkeitsbildung und Sexualität überprüft werden müssten. Die Tugend der Keuschheit würde Beziehungen erfordern und auch fördern, deren Qualität sich nicht anhand von sexuellen Kriterien ablesen lässt, sondern das Augenmerk auf die Freundschaft und Vertrautheit der Partner legen würde.⁴³

Die Diskussion der letzten Jahrzehnte um die menschliche Sexualität und deren Ausdrucksweisen hat sicher eine stärkere Sensibilisierung für die innere Seite und damit die Frage nach der Glaubwürdigkeit der Keuschheit hervorgebracht, denn bloße Jungfräulichkeit ohne Keuschheit ist unglaubwürdig, und ihr fehlt die Ausstrahlung. Die einseitige Beachtung rein äußerlicher Keuschheitsideale, die z. B. im 19. Jahrhundert noch das Entblößen der Füße als „unkeusch“ empfand, hat dazu beigetragen, dass der Keuschheitsbegriff in

Verruf kam. Unter dem Deckmantel einer bürgerlichen „Moral“, die vielfach eher einer Doppelmoral entsprach, war (dem Mann) alles erlaubt, frei nach dem Motto: „Wenn schon nicht keusch, dann wenigstens heimlich“.⁴⁴ Wollte man jedoch aus diesem Grund nun die Forderung nach vorehelicher Enthaltensamkeit aus dem Grundsystem der christlichen Auffassung von Mensch- bzw. Christsein und Sexualität heraustrennen, so bliebe lediglich ein verschwommenes Bild verantwortlich gelebter und geordneter Sexualität übrig. Auf der anderen Seite hilft eine Verurteilung jener, die der vor allem von Seiten der Kirche formulierten Weisung in diesem Punkt nicht folgen oder zudem meinen, ihr nicht folgen zu können, hier kaum weiter. Demgegenüber erscheint es geboten, die wichtigen Potentiale für die Persönlichkeitsentwicklung bezüglich einer reifen Sexualität, Personalisierung der Liebe und die Ermutigung zu einer keuschen Daseinsweise aufzuzeigen, in der die Ausbildung der sittlichen Kräfte und das Vertrauen auf die göttliche Liebe, aus der ja alle menschliche Liebe ihre Form erhält, die Richtung weisen.

2. Keuschheit und die evangelischen Räte

Die Überschrift lässt noch offen, ob Keuschheit zu den „evangelischen Räten“ hinzugehört, die einen wesentlichen Teil des Ordensgelübdes darstellen, oder ob sie nur in einer irgendwie gearteten Verbindung zu ihnen steht. Für Rupert Scheule macht gerade diese Ungenauigkeit den Schwachpunkt des Keuschheitsbegriffs aus, da der Unterschied zwischen einer gelebten Sexualität in der Ehe und dem Verzicht darauf in einem ehelosen Leben doch erheblich sei.⁴⁵ Die Keuschheit, wenn sie zu den evangelischen Räten gezählt wird, bezeichnet zum einen den Verzicht auf die Ehe. Ein eheloses Leben im Sinne der evangelischen Räte, soll Ausdruck der „ungeteilten Liebe“ sein, die der einzelne nicht nur innerlich leben, sondern auch äußerlich in seiner Lebensweise bezeugen möchte. So geht es in der Keuschheit als Ehelosigkeit um mehr als nur um das „Nein“ gegenüber aller sexu-

ellen Betätigung, vielmehr soll das positive „Ja“ zu Gott, den Menschen und der Schöpfung die innere Form des Keuschheitsversprechens ausmachen. Wäre es nur eine gänzliche Absage an die sexuelle Natur des Menschen, wäre sie nur schwer mit Leben und einer eigenen Art von Fruchtbarkeit im geistlichen Sinn zu füllen.

Gleichzeitig stirbt die Sexualität in einem bewusst ehelos Lebenden nicht ab, sondern soll umgewandelt werden in eine Dynamik der Liebe, die weiterhin Gott und den anderen Menschen sucht, ohne jedoch eine sexuelle Befriedigung einzuschließen. Für den Menschen als leiblich verfasstes Wesen ergibt sich die Herausforderung, mit der eigenen Sexualität auf andere als die körperliche Weise der sexuellen Betätigung umzugehen. So kann die alltägliche Arbeit, die Beziehungen zu anderen Menschen und der Dienst an einer Sache Ausdruck dieser zutiefst bejahenden Lebenskraft werden. Dass der Übergang nicht so einfach ist, wie hier in wenigen Zeilen dargestellt, sondern eine umfassende Persönlichkeitsbildung und spirituelle Reife verlangt, muss nicht eigens erläutert werden. Aus diesem Grund ist auch von einer Dynamik in dem Prozess der Verwirklichung der „Evangelischen Räte“ zu sprechen. Je nachdem, ob man den Zölibat des Priesters nun an dieser Stelle hinzunimmt oder als eigene Form der Ehelosigkeit behandelt, gilt für den zölibatären Geistlichen sicher die gleiche Notwendigkeit, die Ehelosigkeit und Keuschheit positiv zu gestalten.

Auf der anderen Seite bedeutet Keuschheit im Gesamtkonzept eines Lebens nach den evangelischen Räten sicherlich mehr als den bloßen Verzicht auf die Ehe und sexuelle Gemeinschaft. Wie auch in der Ehe bedarf es zugleich einer Bemühung um geistige „Reinheit“ und innere Ordnung der Sexualität. Denn „zur vollen Reinheit“ reicht, „die körperliche Keuschheit nicht aus... Die Integrität des Inneren gehört notwendig dazu.“⁴⁶ Das „reine Herz“ des Matthäusevangeliums setzt uns auf die Spur, dass es dabei nicht um verklemmte „Prüderie“ geht⁴⁷, sondern um die innere Entschiedenheit und letztlich

wohl auch um die Gnade der inneren Bewahrung der Liebe und Zuneigung, die letztlich ein einziges Ziel haben, nämlich Gott selbst. Von der Ausrichtung auf ihn her können auch alle anderen Beziehungen ihren angemessenen Ausdruck finden. Denn es geht nicht um Jungfräulichkeit oder enthaltsame Abstinenz als Selbstzweck.⁴⁸ Die größere Liebe ist das Ziel und sie bedarf ihrerseits – um sich bestmöglich entfalten zu können – der Keuschheit.⁴⁹

3. Sexualität in der Ehe im Sinne der Keuschheit

Eheliche Keuschheit ist wohl der Bereich, der die Untersuchung zur Tugend der Keuschheit noch einmal besonders interessant werden lässt. Wie William P. Roberts treffend darstellt, ist es uns ein wenig unvertraut, mit der Frage nach der Keuschheit *in der Ehe* umzugehen: „We always hear of members of religious communities taking a vow of chastity, but rarely has there been word of the vow of chastity solemnly and publicly made in marriage. But both are vows of chastity.“⁵⁰ So ließe sich die Keuschheit als der Ehe angemessen verstehen, wenngleich – das liegt ja in der Natur der Sache – in anderer Weise als in einem sexuell enthaltsamen Leben, da sie die Möglichkeit der Weitergabe des Lebens beinhalten soll.

Wenn das Leben als „Gabe“⁵¹ verstanden wird, die der Mensch empfangen und zur Entfaltung anvertraut bekommen hat, liegt darin zugleich die Option, die erhaltene Gabe auch weiterzugeben. Das Kind wird dann zum sichtbaren Ausdruck der Liebe von Mann und Frau, der liebenden, fruchtbar gewordenen Begegnung von Ich und Du.⁵² Eine keusch gelebte Sexualität in der Ehe beinhaltet ein vertrauensvolles gegenseitiges Hingeben und Empfangen, denn auch für die Ehe gilt: „Solange in der Liebe nur Befriedigung eines Triebes gesucht wird, ist die Enttäuschung garantiert.“⁵³ Daher bietet die grundsätzliche Offenheit für die Weitergabe des Lebens die Perspektive, im sexuellen Akt einander nicht nur Bestätigung und die Bezeugung der Liebe zu schenken und sie voneinander zu empfangen, sondern auch gemeinsam zu Schenkenden

zu werden. Obgleich die biologische Fruchtbarkeit zwar letztlich nicht in der Verfügungsgewalt des Menschen steht, so kann er doch in der geschlechtlichen Begegnung mit einem Du „eintauchen in den Strom des Lebens und der Weitergabe des Lebens“⁵⁴. Dass das neue Leben selbst für Mann und Frau dabei zugleich tatsächlich immer unverfügbar bleibt, wird an der doch relativ hohen Anzahl ungewollt kinderloser Paare ganz praktisch deutlich.⁵⁵ Das Kind wird den Eltern als Geschenk zuteil, und sie sind darauf angewiesen, es zu erwarten und zu empfangen. Das sichert zugleich den Nachwuchs vor der Vorstellung, Kinder ließen sich „machen“. Hier lässt sich Derrida anführen, der die Eigentümlichkeit einer jeden wahren Gabe darin sah, dass sie „stets im Namen des Anderen statt[findet]“ und der uns so einen Hinweis auf den eigentlich göttlichen Geber des Lebens eröffnen kann.⁵⁶

Die spezifisch eheliche Keuschheit ist nach Roberts bleibend durch drei Merkmale ausgezeichnet: „1. Wahre Partnerschaft, 2. Achtung vor der personalen Würde, 3. Einfühlungsvermögen.“⁵⁷ Hier wäre vor allem noch die eheliche Treue hinzuzurechnen, die jedoch auch bereits als elementarer Ausdruck der Gerechtigkeit und der Achtung vor der personalen Würde des Ehepartners sowie des gemeinsam eingegangenen Bundes verstanden werden kann. Treu zu sein bedeutet zunächst die bewusste Entscheidung und Umsetzung der Ausschließlichkeit sexueller Gemeinschaft mit dem eigenen Partner. Diese ausschließliche Bindung führe nach Gerl-Falkovitz sogar häufig dazu, dass Menschen die Keuschheit zum ersten Mal überhaupt erst in der Ehe leben könnten.⁵⁸

Für die volle Verwirklichung der ehelichen Treue im Sinne der Keuschheit kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu, der sich auf sexuelle Wünsche und Vorstellungen bezieht, die nicht den Ehepartner zum Ziel haben. Eine solche Herausforderung erfordert es, „das mehr oder weniger unpersönliche sexuelle Verlangen, das sich auf viele verschiedene Personen richten kann, zu vermenschlichen, zu personalisieren und zu sozialisieren. Das heißt, es

muss auf die eine Person gelenkt werden, mit der man verheiratet ist, und zwar auf ihr Herz.“⁵⁹ Das schließt unmittelbar die Erkenntnis ein, dass es möglich ist, auf genau diesen sexuellen Trieb regulativ Einfluss zu nehmen und ihn korrigierend umzuleiten. So bliebe gewährleistet, dass dem gegenseitigen Versprechen der ehelichen Treue auch eine innere Wirklichkeit entspricht und die äußere, leibliche Keuschheit nicht durch geistige Untreue vergiftet wird. Das jedoch „verlangt vom Menschen ein hohes Maß an Verzicht und Selbstbeherrschung“⁶⁰ sowie das bereits erwähnte „Training“ moralischer Fähigkeiten.⁶¹

Auch die grundsätzliche Einstellung gegenüber dem Partner spielt eine entscheidende Rolle, die sich durchaus treffend mit Hilfe der augustianischen „uti-frui-Unterscheidung“ aussagen lässt: „Wir können einen anderen Menschen als Sexualpartner ‚gebrauchen‘ (‘uti’) und ihn dadurch zum Gegenstand unseres Begehrens machen, oder wir können uns an ihm ‚erfreuen‘ und seine Gegenwart im spontanen Erleben ‚genießen‘ (‘frui’), wie es seiner Würde als Person entspricht.“⁶²

Augustinus beschreibt in *De doctrina christiana*, dass der Mensch sich zu allem Sein und allen Dingen dann richtig verhält, wenn er sie (nur) gebraucht. Er soll sich dabei jedoch nicht innerlich an die Dinge der Welt, an das Irdische, binden und auch nicht zu viel von ihm erwarten. Gleichzeitig ist nach Augustinus das Sich-Freuen, das Genießen (‘frui’), der Beziehung des Menschen zu Gott vorbehalten.⁶³ Diese Feststellung kann uns darauf hinweisen, dass sich der Mensch in der Ehe zwar in gewisser Hinsicht am anderen erfreuen und das Zusammensein mit ihm „genießen“ darf, dass aber zugleich die Sehnsucht des Menschen durch einen anderen Menschen nie vollständig erfüllt werden kann. Es überfordert eine Ehe, wenn sich ein oder beide Partner jeweils vom anderen die sexuelle oder emotionale Letzt-Erfüllung erhoffen. Nur wenn diese Relation gewahrt bleibt, dass ein Mensch dem anderen zwar ein wirkliches, doch kein letztthin erfüllendes Glück schenken kann, bedeutet das für

die Beziehung die notwendige Entlastung, durch die sie geschützt bleibt vor unrealistisch überzogenen Erwartungen.⁶⁴

Nach Eberhard Schockenhoff ist „der Einklang von Liebe und Sexualität ... Aufgabe affektiv-moralischer Selbsterziehung.“⁶⁵ Dieser geforderte Einklang von Liebe und Sexualität kann als anthropologische Grundlage der Tugend der Keuschheit verstanden werden. Die entgrenzend-ekstatische Erfahrung der Sexualität muss eingebettet sein in die vollständige Bejahung des Anderen und in die personale Liebe und Hingabe an jene konkrete Person. So wird der Eros durch den legitimen Anspruch des Anderen und dessen Würde als Person begrenzt und der Gefahr einer selbstischen Genussucht entgegengewirkt. So führt Schockenhoff weiter aus: „Damit die psychosexuelle Dynamik des Menschen dem Wachstum seiner Beziehungsfähigkeit und einer kultivierten Partnerschaft zwischen Frau und Mann dient, bedarf es ... ihrer bewussten Integration (von „integer“ = ganz, vollständig) in die willentliche Bejahung des anderen, also der psychodynamischen Leistung jener heute namenlos gewordenen Tugend, für die es früher das alte Wort ‚Keuschheit‘ gab.“⁶⁶

Zugleich, und hier soll ein mindestens ebenso sensibler Punkt in der Frage ehelicher Sexualität angesprochen werden, ist der Rahmen gegenseitiger personaler Annahme in Gefahr, wenn der eheliche Verkehr als Forderung zum Machtfaktor wird und so dem Inhalt von liebender Vereinigung in der Ehe diametral entgegensteht.⁶⁷ Komplementär dazu argumentiert Bernhard Fraling, dass der Aufbau einer sexuellen Beziehung auf Mitleid ebenso unangemessen wäre: „Man kann nicht Liebe ... zu einem Medium der Wohltätigkeit machen. Das würde den Partner degradieren und über kurz oder lang zu schweren Enttäuschungen führen.“⁶⁸

Ausblick

Schon 1960 hatte Eustace Chesser in einem Buchtitel gefragt „Is chastity outmoded?“ Tatsächlich ist die Frage heute ebenso gerechtfertigt,

ob „Keuschheit“ – als Begriff oder als Lebensweise – unmodern geworden ist. Vielleicht konnten jedoch die vorangegangenen Überlegungen einen Weg aufzeigen für ein erneuertes Verständnis von geordneter Sexualität im Sinne der Keuschheit, sodass diese nicht mehr nur als moralische Überforderung oder asketische Höchstleistung verstanden werden muss. Mag demnach sich auch die Sprache verändert und die Einstellungen gegenüber der Sexualität des Menschen in den letzten drei bis vier Dekaden vor allem in Westeuropa verändert haben, so lassen sich eventuell dennoch zwei entscheidende Aspekte ablesen, die heute für eine angemessene Sexualethik stehen können: Die Tugend der Keuschheit als sittliche Verfasstheit, die durch Bildung, einübende Betätigung und persönliche Entscheidung entwickelt wurde sowie das Vertrauen auf göttliche Hilfe, die das menschliche Leben und Bemühen letztlich erst gelingen lässt. Die Kombination beider Ansätze könnte dazu beitragen, Keuschheit als Lebensweise plausibel und als einen Wert attraktiv zu machen, der zur Daseinsweise eines gelungenen Lebens hinzugehört und der menschlichen Sexualität ihren spezifisch humanen Charakter bewahrt.

Referenzen

- 1 Wucherpennig A., *Lob der Keuschheit*, Vatican-Magazin (2010); 8-13
- 2 Wucherpennig A., siehe Ref. 1, S. 10 f.
- 3 Hilpert K., *Verantwortlich gelebte Sexualität: Lagebericht zu einer schwierigen theologischen Baustelle*, HerKorr (2008); 62: 335-340, hier: S. 335
- 4 Vgl. u. a.:
Hilpert K., siehe Ref. 3
Reiter, J., *Sexualität im Wertepluralismus: was gilt noch in der katholischen Sexualmoral?*, Die Neue Ordnung (2009); 63: 416-428
Scheule R. M., *Hochkultur des Versprechens. Die Evangelischen Räte in ihrer soziaethischen Dimension*, ThG (2009); 52: 284-297
Mertes K., *Ganz und gar wegsehen*, Jesuiten (3/2009); S. 16 f.
sowie den Bericht von K. Nientiedt bereits von 1991: Nientiedt K., *Last der Tradition – Keuschheit als Freiheit*.

- Ein Literaturbericht zum Thema Religion und Sexualität, HerKorr (1991); 45: 427-431
- 5 Drewermann E., *Kleriker. Psychogramm eines Ideals*, Walter Verlag, Olten/Freiburg/Breisgau (1989), S. 709
 - 6 Drewermann E., siehe Ref. 5, S. 722. Wie Wunibald Müller zu Recht bemerkt, ersetzt Drewermann hier nicht nur den traditionellen Begriff durch eine neue Sprache, sondern das Wort „Keuschheit“ wird mit einem vollständig „neuen Sinngehalt“ versehen. Müller W., *Keuschheit als Ja zur Sexualität*, in: Müller W., Scheuer M., Herzig A. (Hrsg.), *Frei zum Leben. Die Weisheit der evangelischen Räte*, Echter Verlag, Würzburg (1996), S. 11-47, hier: S. 12. So argumentiert auch M. Bußmann und strebt eine Rehabilitierung der Keuschheit dadurch an, dass der Begriff gemieden und stattdessen durch prosaische Umschreibungen von Sensibilität und Sinnhaftigkeit ersetzt werden solle. Vgl. Bußmann M., *Keuschheit – zur Rehabilitierung einer ‚verkommenen‘ Tugend*, WuA (1990); 31: 147-150, hier: S. 150. Dagegen argumentiert Mieth: „Wie das Wort ‚Liebe‘ durch Einschränkung und Ausweitung zugleich immer wieder verkommen kann, so ist das Wort ‚Keuschheit‘ ... ‚verworfet und vernamet‘, aber nicht ersetzbar.“ Mieth D., *Keuschheit in der Ehe*, WuA (1990); 31: 165-169, hier: S. 169
 - 7 „Moralische Vorstellungen wie ‚Treue‘ und ‚Verantwortung übernehmen‘ [haben] heutzutage für Jugendliche eine hohe Bedeutung ... So bezeichnen 81% der Jugendlichen ‚Treue‘ als einen Wert, der ‚in‘ ist.“ Shell Deutschland Holding (Hrsg.): 15. *Shell Jugendstudie. Jugend 2006*, Fischer, Frankfurt/Main (2006), S. 56. Auch gegenüber der Familie lässt sich, trotz der hohen Anzahl von Trennungen und Scheidungen, eine deutlich positive Einstellung beobachten: Gegenüber den Vorjahren ist die Familienorientierung sogar ein weiteres Mal angestiegen. Mehr als drei Viertel der Jugendlichen (76%) stellen für sich fest, dass man eine Familie braucht, um wirklich glücklich leben zu können (2000: 70%, 2006: 72%). Shell Holding (Hrsg.), *Jugend 2010. Eine pragmatische Generation behauptet sich* (16. Shell Jugendstudie), Fischer, Frankfurt/Main (2010), S. 17
 - 8 Nietzsche F., *Der Antichrist. Gesetz wider das Christentum*, in: Nietzsche F., *Werke. Kritische Gesamtausgabe. Sechste Abt., Dritter Bd.: Nachgelassene Schriften (August 1888 – Anfang Januar 1889)*, de Gruyter Verlag, Berlin (1969), S. 252
 - 9 Vgl. Pieper J., *Über die Liebe*, in: Pieper J., *Werke*, Band 4, (1996), S. 296-414, hier: S. 314, 318
Schockenhoff E., *Sexualität und Ehe. Moralthologische Überlegungen zu ihren anthropologischen Grundlagen*, in: StZ (1997); 215: 435-447, hier: S. 437
- „Liebe darf nicht bloß eine subjektive Situation bleiben, in der sich die vom Trieb geweckten Energien der Sinnlichkeit und Affektivität äußern, denn dann erreicht sie ihr personales Niveau nicht und kann die Personen nicht miteinander vereinen. Damit sie Mann und Frau wirklich zu vereinen und vollen persönlichen Wert zu erlangen vermag, muß sie in der Bejahung der Person eine feste Grundlage haben.“ Wojtyła K., *Liebe und Verantwortung. Eine ethische Studie*, Kösel Verlag, München (1979), S. 125
- 10 Rotter H., *Versuch einer Theologie der Sexualität*, in: Plattform „Wir sind Kirche“, *Liebe – Eros – Sexualität. ‚Herdenbrief‘ und Begleittexte*, Thaur (1996), S. 153-165, hier: S. 157
 - 11 Mieth D., siehe Ref. 6, S. 166
 - 12 Mieth D., siehe Ref. 6, S. 166
 - 13 Wojtyła K., siehe Ref. 9, S. 123
Vgl. dazu Fraling B., *Sexualethik. Ein Versuch aus christlicher Sicht*, Schönningh Verlag, Paderborn (1995), S. 138
Bußmann M., siehe Ref. 6, S. 147-150
 - 14 Vgl. dazu beispielsweise aus protestantischer Sicht Bonhoeffer D., *Nachfolge*, in: Bonhoeffer D., *Werke*, 4. Band, Chr. Kaiser Verlag, München (1989), S. 281: „Der Christ ist keusch, er gibt seinen Leib ganz in den Dienst des Leibes Christi.“
Vgl. ebenfalls Bonhoeffer D., *Ethik*, in: Bonhoeffer D., *Werke*, 6. Band, München (1992), S. 130-131
Aus eher liberal katholischer Perspektive vgl. dazu die Äußerung M. Bußmanns: „Daß Keuschheit als ‚vermieftete Prüderie‘ keinerlei Chancen mehr hatte ..., liegt daran, dass die christliche Sexualmoral es nie geschafft hat, deutlich zu machen, welche positiven Lebenswerte der Tugend der Keuschheit zu eigen sind, dass es nie gelungen ist, das Tabu-Thema Sexualität zu integrieren in die christliche Anthropologie und für konkret lebende Menschen klarzumachen, dass und wie Sexualität als gute Schöpfung Gottes jeden Menschen in allen Dimensionen des Menschseins prägt.“ Bußmann M., siehe Ref. 6, S. 147
 - 15 *The Grammar of Goodness. An interview with Philippa Foot*, Harvard Rev Phil (2003); XI: 32-44, hier: S. 35
 - 16 Foot P., *Die Wirklichkeit des Guten. Moralphilosophische Aufsätze*, Fischer (Tb), Frankfurt (1997), S. 41
 - 17 Vgl. ebd. Enthaltung von vorehelichem Geschlechtsverkehr sowie Homosexualität sieht Foot in der Forderung nach Keuschheit indes nicht enthalten.
 - 18 Vgl. Foot P., siehe Ref. 15, S. 35
 - 19 Foot P., siehe Ref. 16, S. 30
 - 20 Geach P., *The Moral Law and the Law of God*, in: *God and the Soul*, Routledge & Kegan Paul, London (1969), S. 123

- 21 Camus A., *Tagebuch 1942 – 1951*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg (1967), S. 49
- 22 Vgl. Pieper J., *Zucht und Maß*, in: Pieper J., *Werke*, Band 4: *Das Menschenbild der Tugenden*, Meiner Verlag, Hamburg (1996), S. 137-197, hier: S. 144 f. Josef Pieper übersetzt den entsprechenden griechischen Begriff der „sophrosyne“ treffend mit „ordnende Verständigkeit“. Ebd., S. 148
- 23 „The essential value reason plays in virtue is to direct human actions to real good.“ DeMarco D., *Human sexuality and the need for virtue*, HPR (1996); 96: 7-13, hier: S. 12
- 24 Demmer K., *Gott denken – sittlich handeln. Fahrten ethischer Theologie*, Academic Press Fribourg, Herder, Freiburg/Breisgau (2008), S. 179
- 25 „Nichts anderes aber macht das Wesen der Keuschheit als einer Tugend aus als dies: dass sie im Bereich der Geschlechtskraft die Ordnung der Vernunft ... verwirklicht.“ Pieper J., siehe Ref. 22, S. 148
- 26 Fraling B., siehe Ref. 13, S. 139
„In the absence of love, what passes for virtuous behaviour is never fully virtuous.“ DeMarco D., siehe Ref. 23, S. 12
- 27 Bots J., *Sechstes Gebot „Du sollst nicht ehebrechen“*, in: Bots J., Penning de Vries P. (Hrsg.), *Moral und Erfahrung. Geistliche Erfahrung als Quelle für das christliche Handeln in der Welt. Zur Theorie und Praxis der Unterscheidung der Geister*, Butzon & Bercker, Kevelaer (2000), S. 83-94, hier: S. 85
- 28 Vgl. Cassian J., *Aus den Institutionen: Kampf gegen die sexuelle Zügellosigkeit*, in: Cassian J., Sartory G., Sartory T., *Spannkraft der Seele. Einweisung in das christliche Leben I*, Herder Verlag, Freiburg/Breisgau (1982), S. 60-67, hier: S. 62 (Inst VI, 4)
- 29 Vgl. Lewis C. S., *Sittlichkeit und Sexualität*, in: Lewis C. S., *Pardon, ich bin Christ. Meine Argumente für den Glauben*, Brunnen Verlag, Basel (1977), S. 98
- 30 Nietzsche F., *Also sprach Zarathustra. Das Nachwandlerlied*, in: Nietzsche F., *Werke, Kritische Gesamtausgabe, Sechste Abt., Erster Band (1883 – 1885)*, de Gruyter Verlag, Berlin (1968), S. 400
- 31 „Ille est vere castus, qui Deum attendit, et ad ipsum solum se tenet.“ Augustinus A., *De beata vita*, ed. P. Knöll, Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien (1922), S. 3, 18 (= CSEL 63)
- 32 Vgl. Cassian J., *Aufstieg auf den Berg der Keuschheit*, 109 (C XII, 4).
- 33 Fraling B., siehe Ref. 13, S. 139. „Man kann also gar nicht die Keuschheit in sich selbst beschreiben, ohne den inneren Zusammenhang dieser Tugend mit allen anderen, besonders der Liebe zu sehen.“ Ebd.
- „Without love all the other virtues are stripped of their real significance“. Roberts W. P., *Christian Marriage. A Divine Calling*, in: Salzman T. A., Kelly T., O’Keefe J. J. (Ed.), *Marriage in the Catholic Tradition. Scripture, Tradition and Experience*, Crossroad General Interest, New York (2004), S. 103
- 34 Dem entspricht auch die Einordnung der Ausführungen zur Keuschheit bei Fraling unter „Aspekte theologischer Anthropologie“, vgl. Fraling B., siehe Ref. 13, S. 108-145, S. 138 ff.
Vgl. dazu auch: „Unter dem Blickwinkel der Erlösung und im Rahmen der Entwicklung der Heranwachsenden und Jugendlichen wird die Tugend der Keuschheit, die in der Mäßigung enthalten ist – eine der Kardinaltugenden, die bei der Taufe durch das Wirken der Gnade emporgehoben und bereichert worden ist –, nicht als eine Einschränkung verstanden, sondern im Gegenteil als das Sichtbarmachen und zugleich das Bewahren eines kostbaren und reichen Geschenkes, der Liebe, die man empfangen hat im Hinblick auf die Selbsthingabe, die sich in der besonderen Berufung eines jeden verwirklicht.“ Päpstlicher Rat für die Familie, *Menschliche Sexualität. Wahrheit und Bedeutung*, in: VApS 127, Bonn (1996), Nr. 4
- 35 Eine ausführliche Erörterung über die Abgrenzung von Geist und Seele ebenso wie eine differenzierte Darstellung des Verständnisses von Körper und Leib, kann an dieser Stelle leider nicht geleistet werden. Es bietet jedoch für folgende Untersuchungen ein interessantes Feld.
- 36 „Man hat [Keuschheit traditionell] in der Nähe von Enthaltbarkeit definieren wollen; das geht daraus hervor, dass die *castitas perfecta* eben vollkommene Enthaltbarkeit bedeutete. Das kann man nicht als die optimale Bewältigung des anstehenden Problems ansehen.“ Fraling B., siehe Ref. 13, S. 138
- 37 Vgl. ausführlich zur Konzeption des spirituellen und moralischen Aufstiegs zu einem Leben in Keuschheit: Cassian J., *Aus Collatio XII [C XII]: Abbas Chaeremon über den Aufstieg auf den hohen Berg der Keuschheit*, in: Cassian J., Sartory G., Sartory T., *Aufstieg der Seele. Einweisung in das christliche Leben II*, Freiburg/Breisgau (1982), S. 105-126
Vgl. dazu auch Foucault M., *Der Kampf um die Keuschheit*, in: Ariès P., Béjine A., Foucault M. (Hrsg.), *Die Masken des Begehrens und die Metamorphosen der Sinnlichkeit. Zur Geschichte der Sexualität im Abendland*, Fischer Verlag, Frankfurt/Main (1986), S. 25-39
- 38 Vgl. Cassian J., *Über den Aufstieg auf den hohen Berg der Keuschheit*, 112-113 (C XII, 6)
- 39 „No one can deny that something has gone terribly

- wrong. This isn't the future we imagined for ourselves and our children or the one that was promised by the advocates of the so-called 'sexual revolution.'" Stubna K. D., *Educating our young people to chastity*, HPR (1998); 98: 18-27, hier: S. 18
- 40 Bots J., siehe Ref. 27, S. 86
Vgl. auch Bots J., siehe Ref. 27, S. 87
- 41 Pieper J., siehe Ref. 22, S. 152-153
Ähnlich auch Cassian J., *Aus den Institutionen: Kampf gegen die sexuelle Zügellosigkeit*, 65 (Inst VI, 18)
- 42 Die folgende Darstellung der Keuschheit in drei verschiedenen Lebensständen berücksichtigt den Witwenstand nicht gesondert, wie klassischerweise üblich, sondern behandelt ihn implizit unter „Vor- bzw. außereheliche Keuschheit“, obwohl die Keuschheit nach einer gelebten Ehe sicher auch ihre eigene Prägung besitzt.
- 43 Vgl. dazu meinen Beitrag zum Zusammenhang von Freundschaft und Ehe: Westerhorstmann K., *Über die Einheit der Liebe. Freundschaft in der Ehe anhand der aristotelischen Freundschaftslehre*, ThGl (2007); 97: 170-187
- 44 Schraub I., *Zwischen Salon und Mädchenkammer. Biedermeier bis Kaiserzeit*, Ernst Kabel Verlag, Hamburg (1992), S. 207
- 45 Vgl. Scheule R. M., siehe Ref. 4, S. 290
- 46 Cassian J., *Aufstieg auf den Berg der Keuschheit*, 107 (C XII, 2)
- 47 Vgl. West C., *Theologie des Leibes für Anfänger. Einführung in die sexuelle Revolution nach Papst Johannes Paul II.*, FE-Medienverlag, Kisslegg (2005), S. 63-65
- 48 H.-B. Gerl-Falkovitz macht auf die positive Kraft der Jungfräulichkeit in Bezug auf Ausführungen Teilhard des Chardins aufmerksam. Sie schreibt in diesem Zusammenhang von einer „geistigen Fruchtbarkeit, die dasselbe ist wie Jungfräulichkeit, freilich in deren schöpferischer Form, nicht in deren steriler oder toter Verzeichnung.“ Gerl-Falkovitz H.-B., *Evolution der Keuschheit? Teilhard de Chardins Blick auf das Weibliche*, Katholische Bildung (2006); 107: 4-14, hier: S. 7
- 49 „Die Fülle ... erhabener Liebe lässt sich nicht verwirklichen ohne ein keusches Leben. Liebe und Keuschheit sind wie eine doppelte Siegespalme, ... dass man die eine nicht ohne die andere haben kann.“ Cassian J., *Aufstieg auf den Berg der Keuschheit*, 1982, 106 (C XII, 1). So auch Teilhard de Chardin, der die Keuschheit nicht als Absage an die Liebe, sondern vielmehr als ihre innerste Strahlkraft verstanden habe, die dann auch im Zusammenhang der kosmischen Entwicklung eine entscheidende Rolle spiele. Vgl. Gerl-Falkovitz H.-B., siehe Ref. 48, S. 10
- 50 Roberts W. P., siehe Ref. 33, S. 105
- 51 Zum „Sein als Gabe“ vgl. die gute Übersicht in: Wolf K., *Philosophie der Gabe. Meditationen über die Liebe in der französischen Gegenwartsphilosophie*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart (2006), S. 184-187, passim.
- 52 Martin Buber erläutert, wie „die wahre Ehe entsteht: daß zwei Menschen einander das Du offenbaren. Daraus baut das Du, das keinem von beiden Ich ist, die Ehe auf.“ Buber M., *Ich und Du*, in: Buber M., *Das dialogische Prinzip*, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh (2006), S. 7-136, hier: S. 48
- 53 Wolf K., siehe Ref. 51, S. 50. „Der gleiche [sexuelle] Akt ist also ganz zweideutig. Er kann etwas rein Egoistisches bedeuten. Und er kann bedeuten, sich in der Selbstvergessenheit zu verlieren, wo mir der andere so wirklich wird, wie ich mir selber wirklich bin.“ Spaemann R., „Die Liebe überwindet alles“. *Paul Badde im Interview mit Robert Spaemann*, Die Welt vom 14. Juni 2010, <http://www.welt.de/die-welt/debatte/article8033918/Die-Liebe-ueberwindet-alles.html> (Download vom 17. Juni 2010)
- 54 Spaemann R., siehe Ref. 53
- 55 Der Anteil von ungewollt kinderlosen Paaren liegt nach Hofheinz in Deutschland bei ca. 15 – 20 Prozent. Vgl.: Hofheinz M., *Gezeugt, nicht gemacht. In-vitro-Fertilisation in theologischer Perspektive*, Lit Verlag, Münster (2008), S. 21 ff.
Vgl. u. a. auch: Müller S. E., Schmid-Tannwald I., Hornstein O. P. (Hrsg.), *Unerfüllter Kinderwunsch. Assistierte Fortpflanzung im Blickfeld von Medizin und Ethik*, Lit Verlag, Münster (2008)
- 56 Derrida J., *Eine gewisse unmögliche Möglichkeit, vom Ereignis zu sprechen*, Merve Verlag, Berlin (2003), S. 46
Zum Verhältnis von Gott und dem „Anderen“ bei Derrida vgl. Ruhstorfer K.-H., *Adieu. Derridas Gott und der Anfang des Denkens*, Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie (2004); 51: 123-158, hier: S. 123 f.
- 57 Roberts W. P., siehe Ref. 33, S. 106 (Übers. Die Verf.)
- 58 Vgl. Gerl-Falkovitz H.-B., *Frau, Männin, Menschin. Zwischen Feminismus und Gender*, Butzon und Bercker, Kevelaer (2009), S. 252
- 59 Bots J., siehe Ref. 27, S. 86
- 60 Bots J., siehe Ref. 27, S. 86
- 61 Vgl. Schockenhoff E., siehe Ref. 9, S. 437
- 62 Schockenhoff E., siehe Ref. 9, S. 439
- 63 Vgl. Augustinus A., *De doctrina christiana*, ed. Green W. M., Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien (1963), I, 4, 4; 22, 20 (= CSEL 80)
- 64 Vgl. Zulehner P. M., *Leibhaftig glauben. Lebenskultur nach dem Evangelium*, Herder Verlag, Freiburg (1983), S. 51. „Eben die Erfahrung, dass auch das Leben in der Ehe nur spurenhafte Elemente intensiven, erhofften

Lebens eröffnet, könnte den Menschen in Erinnerung erhalten, dass die *menschliche Sehnsucht nach Erfüllung so verrückt, so maßlos, ja so unendlich ist, dass ein endlicher Mensch sie nie erfüllen kann.*“ Ebd., S. 52

65 Schockenhoff E., siehe Ref. 9, S. 437

66 Schockenhoff E., siehe Ref. 9, S. 438

67 Vgl. Blaquièrè G., *Es wagen, die Liebe zu leben*, Parvis Verlag, Hauteville (1995), S. 131

68 Fraling B., siehe Ref. 13, S. 142

e-card auch im Spital



e-card: Spitäler fit für die e-card

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist die e-card bereits unentbehrlicher Teil des Alltags. Nun werden schrittweise auch die Spitäler und ihre Ambulanzen quer durch Österreich für die e-card fit gemacht. Das gestaltet Abläufe rascher und sicherer und verringert den Verwaltungsaufwand. Selbstverständlich gelten auch hier die gleichen Anforderungen an Sicherheit für Ihre persönlichen Daten, wie sie für den Einsatz der e-card in den Ordinationen vorgeschrieben sind.

Sicher, modern, immer dabei: Ihre e-card.



Hans-Bernhard Wuermeling

Biopolitik: Vernebelung mit Wortmanipulation

Bio-Politics: Obfuscation By Word Manipulation

Eine Untat gelingt dem Täter umso unbeschwerter, je weniger ihre Bezeichnung ihn daran erinnert, dass es sich um eine Untat handelt. So tut er sich mit einer „ethnischen Säuberung“ leichter als mit einem „Genozid“.

Um vor sich selbst und vor anderen Tätern Untaten zu verbergen, werden Wörter manipuliert. Im Bereich der Biopolitik geschieht das besonders raffiniert, und deswegen müssen solche Tarnungen rücksichtslos aufgedeckt werden.

Selbst der Gesetzgeber bedient sich vernebelnder Ausdrücke. So verbot der alte deutsche § 218 StGB die „Abtötung der Leibesfrucht“. Schutzobjekt war der ungeborene Mensch. Scheinbar harmlos änderte man dies und bestrafte, wenn überhaupt, den „Abbruch der Schwangerschaft“, also die Beendigung eines Zustandes, nicht mehr die Tötung einer Person. Kritiker wurden seinerzeit beschieden, das habe keine weitere Bedeutung und sei nur eine Änderung der Bezeichnung. Diese aber hatte eine entscheidende Bedeutung. Als es darum ging, bei einem Schwangerschaftsabbruch das Überleben von Kindern zu vermeiden, die den vollen Anspruch auf lebenserhaltende Behandlung hätten, ist man dazu übergegangen, sie zunächst im Mutterleib durch Giftinjektion in ihr Herz zu töten – was ja nun nicht mehr verboten ist. Danach können sie straflos entfernt werden.

Auch die euphemistisch so genannte „*Mehrlingsreduktion*“ bei extremen Mehrlingsschwangerschaften, bei denen ein Embryo oder auch mehrere in der Gebärmutter getötet werden, um die weitere Entwicklung der übrigen nicht zu gefährden, ist rechtlich nur deswegen zulässig, weil die Tötung der Leibesfrucht nicht mehr strafbar ist und die Schwangerschaft nicht abgebrochen wird. Als besonders infam muss dabei angesehen werden,

dass extreme Mehrlingsschwangerschaften fast nur dann vorkommen, wenn künstlich möglichst zahlreiche Eizellen zur Reifung gebracht worden sind, um auf diese Weise eine Schwangerschaft zu erzwingen. Der „Überschuss“ wird dann beseitigt.

Wenn es sich dabei auch nicht um eine juristische Bezeichnung handelt, so ist doch das Wort „*Schwangerschaftsunterbrechung*“ ebenfalls ein vernebelnder Ausdruck, mit dem insinuiert wird, dass eine Schwangerschaft später einfach fortgesetzt werden kann; dabei geht es in Wirklichkeit um die endgültige Tötung eines Menschen, die nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, auch nicht durch eine neue Schwangerschaft mit einem unverwechselbar neuen Kind.

Als im Jahr 1978 in England mit Louise Brown das erste extrakorporal erzeugte Kind geboren worden war, beschrieb die Presse Experimente, die der Arzt Steptoe und der Biologe Edwards zuvor mit extrakorporal erzeugten menschlichen Embryonen gemacht hatten. Da war die Rede von deren verzweifeltem Sich-Anklammern an den glatten Wänden der Reagenzgläser, was in der Öffentlichkeit eine Welle der Empörung und des Mitleids auslöste. Das British Medical Council, die etwa der deutschen Bundesärztekammer entsprechende Organisation, beilte sich deswegen, allen ihr angehörenden Ärzten ab sofort jede Zusammenarbeit mit Edwards und Steptoe zu verbieten. Doch anderntags wurde das Verbot schnell wieder aufgehoben, denn über Nacht hatten die Experimentierer das Wort „*Präembryo*“ erfunden, als handele es sich um Vorstufen von Embryonen, die man nicht wie Embryonen respektieren zu müssen glaubte. Gleichwohl hielt man sich keineswegs konsequent an die so listig erfundene Wortwahl, sondern nannte es „*Embryotransfer*“, wenn die „*Präembryonen*“ aus der Petri-

schale, also dem Kulturgefäß, in den mütterlichen Organismus verpflanzt wurden.

Ohne es bemerkt zu haben, hatten die Wortverdrehler in gewisser Weise sogar Recht, denn das griechische Stammwort für Embryo besagt „im Moos“ (bryos griech. für Moos), womit die Schleimhaut der Gebärmutter gemeint war. Als Embryo galt nämlich der Same des Mannes (einen weiblichen Zeugungsbeitrag kannte man nicht), nachdem er sich in der Gebärmutter Schleimhaut eingenistet, eingewurzelt hatte. Wenn man sich also an die ursprüngliche Bedeutung des Wortes Embryo gehalten hätte, dann wäre die Bezeichnung „Embryotransfer“ ein Unsinn. Doch wurde der Widerspruch nicht bemerkt, der darin lag, dass man den Embryo außerhalb des Mutterleibes vernebelnd zum Präembryo umbenannte, ihn aber dessen ungeachtet einem Embryotransfer unterzog.

Vielfach wird Schwangeren mit den Worten „Sie wollen doch ein ‚gesundes Kind!‘“ zu einer Pränataldiagnostik geraten. An sich gehören diagnostische Maßnahmen des Arztes oder der Hebamme, die vor der Geburt (pränatal) vorgenommen werden, zur ganz normalen Betreuung einer Schwangerschaft. Das gilt heute auch für Ultraschalluntersuchungen, mit denen behebbar oder vermeidbare Komplikationen entdeckt werden können. Doch machen die immer besseren Ultraschallbilder auch Fehlbildungen des Kindes sichtbar oder auch Verdachtsmomente auf mehr oder weniger schwerwiegende Anomalien, z. B. die gefürchtete Trisomie 21, den leider oft so genannten Mongolismus.

Deswegen eine Abtreibung vorzunehmen wäre eindeutig pränatale Euthanasie, zu der sich der Gesetzgeber nicht bekennen wollte, schon wegen der NS-Vergangenheit. Die sogenannte „kindliche Indikation“ hat er deswegen nicht akzeptiert. Jedoch geschah das nur zum Schein, denn man erweiterte die weithin akzeptierte „medizinische Indikation“ zum Abbruch einer Schwangerschaft so, dass sie auch die Unzumutbarkeit für die Mutter einschloss, die darin bestehe, dass sie später ein behindertes Kind ertragen und aufziehen müsse.

Pränatale Euthanasie ist damit gleichsam harmlos getarnt unter einem irreführend erweiterten Begriff erlaubt worden.

Der Wortbestandteil „Diagnostik“ wird in diesen Fällen missbraucht, um zu verbergen, dass es sich in Wirklichkeit um Selektionsmaßnahmen handelt, mit denen unerwünschte Kinder ausgesondert und beseitigt werden sollen. Bei der „Präimplantationsdiagnostik“ ist das noch viel extremer der Fall. Um zu bestimmten Erbkrankheiten veranlagten Paaren zu einem Kind ohne die befürchteten Anlagen zu verhelfen, werden extrakorporal möglichst viele Embryonen erzeugt, und unter diesen wird mittels Gendiagnostik ein „gesunder“ zur Weiterentwicklung ausgesucht. Die Formulierung „elektiver Embryonentransfer“ ist eine weitere Form von sprachlicher Beschönigung beinhardter Selektion. Die ganze Prozedur der extrakorporalen Befruchtung mit den bewusst nur zur Auswahl hergestellten und dann überwiegend verworfenen Embryonen dient einzig der (in diesem Falle positiven) Auslese des einen erwünschten und der tödlichen Selektion der übrigen. Selbstverständlich wird dazu Diagnostik betrieben, doch ist diese nur ein kleiner Teil der ganzen zu verurteilenden Veranstaltung, mit der rücksichtslos Selektion betrieben wird. Im Übrigen kann das Verfahren keineswegs ein gesundes Kind versprechen; lediglich die eine befürchtete Veranlagung wird ausgeschlossen und alle übrigen Gesundheitsrisiken bleiben wie bei jeder anderen Schwangerschaft unbeeinflusst bestehen.

In der Debatte über die Präimplantationsdiagnostik wird von deren Befürwortern der Vorwurf erhoben, ihre Gegner würden einem „Gebärzwang“ das Wort reden. Mit diesem Ausdruck wird davon abgelenkt, dass die Frau die Embryonen ja absichtlich zur Diagnostik und zur Selektion herstellen lassen. Sie ist nicht etwa schicksalhaft von den Embryonen gleichsam überfallen worden.

Ein Meisterstück an Verharmlosung durch ein Wort ist die Erfindung des „savior sibling“, zu Deutsch eines Rettungs- oder Heilgeschwisters. Wenn einem z. B. an Leukämie erkrankten Kind

nur noch mit genetisch möglichst ähnlichem Knochenmark geholfen werden kann, dann wird Eltern geraten, mit möglichst vielen Eizellen eine Serie von Embryonen extrakorporal zu produzieren (zu erzeugen wäre eine euphemistische Bezeichnung) und von diesen den nach Gendiagnostik passendsten von seiner Mutter austragen zu lassen, um ihn als Organ- oder Gewebespender zu gebrauchen. Die weniger oder nicht passenden Exemplare werden verworfen oder verkauft oder für die Forschung verbraucht, was der geschickt erfundene Begriff erfolgreich verschweigt. Ebenso verbirgt er die extreme Herrschaft von Menschen über Menschen, hier der Eltern über ihr Kind, seine a priori Verzweckung.

Zur Tarnung der Abtreibung werden Ausdrücke wie „Menstruationsregelung“ oder „Beseitigung von Schwangerschaftsgewebe“ gebraucht. Ganz selten entsprechen die Worte den Absichten, so die Bezeichnung „Antibabypille“, die medizinisch zwar nicht korrekt ist, weil ursprünglich nur die Eizellreifung verhindert werden sollte. Dass, wenn dies fehlschlägt, die Pille auch abtreibend wirken kann, rechtfertigt jedoch die Wortwahl im Nachhinein.

Für eine extrakorporale Produktion von Menschen kamen auch „Eizellspender“ und „Samenspender“ in Frage, deren Bezeichnung wiederum etwas verbirgt, nämlich dass es sich dabei ja um Eltern handelt. Eltern aber tragen für die von ihnen erzeugten Kinder Verantwortung, und diese wird mit den Spenderbegriffen gerade geleugnet. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass in der 1931 erschienenen Negativ-Utopie von Aldous Huxley „Schöne Neue Welt“ das Wort „Mutter“ als pornografisches Wort geächtet und verboten ist. Auf diese Weise sollte ins Bewusstsein der allesamt künstlich hergestellten Menschen der Stolz eingehämmert werden, dass sie ihre Existenz einer rational von Menschen gemachten Zeugungsindustrie verdanken und nicht etwa irgendwelchen Eltern. Die Spenderbezeichnung soll den Produktcharakter des künstlich von Menschen gemachten Menschen kennzeichnen, insbesondere bei der Verwendung ehefremder Keimzellen. Schließlich leihen sich die

Spenderbezeichnungen parasitär den positiv besetzten Charakter einer Spende, auch der Organspende.

Die UN-Behörden geben vor, sich mit verschiedenen Organisationen zusammen, u. a. mit der Planned Parenthood Federation, in Entwicklungsländern für eine „Familienplanung“ einzusetzen. Unter diesem durchaus zweckmäßigen und positiv besetzten Begriff wird aber – abgesehen von dazu auch massenhaft betriebener Abtreibung – ein Bündel von Maßnahmen verstanden, das das weitere Wachstum der betroffenen Völker verhindert oder vermindert. Weitgehend ist damit unausgesprochen die Absicht verbunden, diese Völker aus machtpolitischen oder wirtschaftlichen Gründen klein zu halten, also eine Art heimlichen Krieg zu führen.

Schließlich muss auch noch der ebenfalls seit der UNO-Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 etablierte Begriff des „Rechts auf sexuelle und reproduktive Gesundheit“ kritisch vermerkt werden. Damals hatten 179 Regierungen zugesagt, im Rahmen eines auf 20 Jahre angelegten Aktionsplans mehr in Gleichheit, Menschenrechte sowie die soziale und wirtschaftliche Entwicklung von Mädchen und Frauen zu investieren. Kapitel 7 des Aktionsplans lautet „Reproductive Rights and Reproductive Health“. Die positiv besetzten Begriffe „reproduktiv“ (Fortpflanzung betreffend) und „Gesundheit“ werden so listig zur „Fortpflanzungsgesundheit“ verbunden. Es wäre dies ja ein Wort, mit dem man zahlreiche notwendige und gute Maßnahmen zusammenfassend bezeichnen könnte, etwa die Bekämpfung der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit oder die Behandlung der Sterilität. Doch darum geht es der WHO erst in zweiter Linie. Zunächst verbirgt der Begriff, dass damit breit angelegte Programme der Empfängnis- und Geburtenverhütung gemeint sind, die vorgeblich den Familien zuliebe, in Wirklichkeit aber aus machtpolitischen Gründen zum Kleinhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen oder Staaten durchgeführt werden.

Der amerikanische Philosoph Harry Frankfurt spricht von „bullshit“, was ein Slang-Ausdruck für Kuhfladen ist, wenn Worte oder Aussagen le-

diglich bestimmte Wirkungen erzielen sollen und nicht an der Wahrheit ausgerichtet sind. Mit solchem „bullshit“ arbeitet man in der Biopolitik, wie die Beispiele zeigen.

Wenn man „für“ (lat. pro) etwas ist, macht das immer einen besseren Eindruck als gegen etwas zu sein. Deswegen klingt das amerikanische „Pro Choice“ (für eine freie Wahl zwischen Abtreiben oder Austragen eines Kindes) so positiv nach freier Selbstbestimmung. Dabei bleibt bewusst verborgen, dass Selbstbestimmung da an ihre Grenze stößt, wo es um das Lebensrecht anderer, hier des Kindes, geht.

Und wer ist nicht „Pro Familia“, für die Familie? Unter diesem Namen wurde 1952 die Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung gegründet. Inzwischen richten sich deren Initiativen, z. B. die Vermittlung von Abtreibungen und manche sexualpädagogische Praxis gegen die Familie, wie sie noch bei der Gründung verstanden wurde.

Völlig abstrus wirkt der Versuch der amerikanischen Psychoanalytikerin Ginette Paris, die in allen bisherigen Gesellschaften tabuisierte Abtreibung – jedenfalls das Reden darüber – ins Licht der Öffentlichkeit zu zerren. Der Titel ihres Buches lautet „The Sacrament of Abortion“ (1990). Darin wird der Abtreibungsvorgang zu einer geradezu religiösen Handlung hochstilisiert und ritualisiert. Die Schwangere soll danach mit ihrem Kinde in einen verbalen Kontakt treten und ihm erklären, dass sie es – gerade jetzt oder überhaupt – nicht austragen kann oder will. Auch soll sie darüber Tagebuch führen. Auf diese Weise wird die Mauer des Schweigens, die allerorts um die Abtreibung existiert, unabhängig davon, ob sie geduldet oder verurteilt oder gefördert wird (Boltansky), durchbrochen. Es soll darüber – wie seinerzeit nach der Aktion „Ich habe abgetrieben“ – wie über eine ganz normale Angelegenheit öffentlich geredet werden.

Ein besonders trauriger Wortmissbrauch darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Die römische Glaubenskongregation hat auf die extrakorpo-

rale Erzeugung von Menschen kritisch mit einem Schriftstück reagiert, das mit den Worten „Das Geschenk des Lebens“ (Donum vitae) beginnt. Darin wird auch unmissverständlich jede Abtreibung abgelehnt. In Deutschland glaubten aber viele Katholiken und zunächst auch die meisten Bischöfe, man müsse sich, um mit abtreibungswilligen Frauen überhaupt ins Gespräch zu kommen und Ungeborene zu retten, mit den staatlichen Abtreibungsmaßnahmen arrangieren. Dazu sollten auch von katholischen Beratungsstellen jene Scheine ausgestellt werden, die formale Voraussetzung für die zwar rechtswidrige, aber straflose Abtreibung sind. Das aber wurde von Papst Johannes Paul II. als Verdunkelung der kirchlichen Lehre von der Heiligkeit und Unantastbarkeit des menschlichen Lebens verstanden. Diese Praxis wurde deswegen schließlich offiziell verlassen. Doch gibt es unentwegt Katholiken, die das Arrangement mit dem „tötenden Staat“ (Josef Isensee) damit zu rechtfertigen versuchen, dass sie auf diese Weise Ungeborene retten könnten. Den von ihnen dazu gegründeten Verein nennen sie „Donum vitae“, was man durchaus als Protest gegen die Ablehnung ihrer Praxis durch Rom verstehen darf. Der Missbrauch des Begriffes ist offensichtlich, zugleich aber traurig, weil er für einen tiefen Riss innerhalb der deutschen Katholiken steht.

Wortgefechte sind keine Spiegelfechtereien. Vielmehr sind Worte höchst wirksame, heimliche und gefährliche Mittel in der politischen und besonders in der biopolitischen Auseinandersetzung.

Referenzen

- 1 vgl. <http://web.archive.org/web/20070703061352/http://www.unfpa.org/icpd/summary.htm#chapter7> oder auch <http://www.plan-s.ch/spip.php?article117> (Letzter Abruf: 11. Oktober 2010)

em. Univ.-Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling
Fichtestraße 5, D-91054 Erlangen
hans-bernhard@wuermeling.de

Strassburg: Europarat bekräftigt Recht auf Gewissensfreiheit von Ärzten

„Kein Arzt oder Krankenhaus, die eine Abtreibung oder Sterbehilfe ablehnen, sollen dafür zur Verantwortung gezogen werden.“ So lautet nun die Formulierung einer Entschließung, die das Europaparlament am 7. Oktober 2010 in Straßburg mit knapper Mehrheit verabschiedete, von der die *Presse* berichtet. Anlass war die Abstimmung über den sogenannten *McCafferty-Bericht*. Die britische Sozialistin Christine McCafferty wollte im Europarat eine Resolution herbeiführen, die ein Recht auf Abtreibung oder Euthanasie vorsah und Ärzte und medizinisches Personal zwingen sollte, sich daran zu beteiligen – auch gegen ihre Gewissensüberzeugung. Die Gewissensfreiheit soll nur für Individuen gelten. Krankenhäuser müssten alles anbieten, was im jeweiligen Land erlaubt ist. Außerdem hätte ein Verzeichnis geschaffen werden sollen, in dem alle Verweigerer bestimmter medizinischer Dienstleistungen (insbesondere im Bereich der „Reproduktionsmedizin“) erfasst werden sollten. Der umstrittene Bericht rief zahlreiche Proteste von Standesvertretern, Bürgern und christlichen Vereinigungen hervor.

Die Abgeordneten aus den 47 Europaratsländern lehnten den *McCafferty-Bericht* ab und verabschiedeten eine eigene Resolution (Nr. 1763 (2010)), in der sie das Recht von Ärzten und medizinischem Personal auf Schutz der Gewissensfreiheit bekräftigten. Die britische Sozialistin war empört und nannte das Votum eine „Schande“ für den Europarat: Es gehöre zu den Rechten von Frauen, Zugang zur Abtreibung zu haben.

In Österreich hatte u. a. die *Wiener Ärztekammer* vor dem *McCafferty-Bericht* gewarnt. Zwar verfolge der Antrag das Ziel, möglichst vielen Menschen Zugang zu den medizinischen Leistungen eines Landes zu ermöglichen, er degradiere auf der anderen Seite aber auch Ärztinnen und Ärzte „zu bloßen Dienstleistern am Patienten“. Der für bioethische Fragen zuständige Bischof in Österreich, Klaus Küng, hatte in einem offenen Brief an den Europarat appelliert, den Schutz der Gewissensfreiheit aufrecht zu erhalten und nicht – etwa im Gesundheitsbereich – durch neue Richtlinien zu untergraben, berichtet *Kathpress*. Die Gewissensfreiheit gehöre zu den „Grundrechten des Menschen“, d. h. niemand dürfe gezwungen werden, „etwas zu tun, was seinem Gewissen (...) widerspricht.“

Eine rechtliche Bindungswirkung hat die Resolution nicht. Verabschiedete Texte der Parlamentarischen Versammlung, die nur beratende Funktionen hat, dienen lediglich als Orientierungshilfen für das Ministerkomi-

tee des Europarats sowie für die nationalen Regierungen und Parlamente.

kathpress, 5. Oktober 2010

Die Presse, 9. Oktober 2010

Public Health: Magersucht besser behandelbar bei Einbindung der Familie

Familientherapie ist bei jungen Anorexia nervosa-Patienten doppelt so wirksam wie eine rein individuelle Psychotherapie. Das ist das Ergebnis einer randomisierten klinischen Studie, die nun im *Archive of General Psychiatry* veröffentlicht wurde. In dieser auf der Familie basierenden Therapie (FBT), auch als „Maudsley Approach“ bekannt, werden Familien innerhalb eines intensiven ambulanten Programms geschult, wie sie aktiv (etwa durch Begleitung bei jeder Mahlzeit) ihrem Kind helfen können, sein Normalgewicht wieder zu erlangen, zu halten und nachhaltig Essgewohnheiten zu ändern.

Die beiden Studienautoren und Psychiater, Daniel Le Grange von der *University of Chicago Medical Center* und James Lock von der *Stanford University School of Medicine*, halten die Einbindung von Eltern in das Therapiekonzept für entscheidend. Laut Autoren sollten stationäre Aufenthalte bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa möglichst vermieden werden. Denn: Viele Jugendliche mit Anorexia nervosa würden den Sprung von der Klinik ins normale Leben nicht schaffen. Es sei wichtig, ihnen zu helfen, sich im häuslichen und realen Umfeld wieder gesunde und normale Essgewohnheiten anzueignen, so Studienleiter Lock. Dazu brauche es die Mithilfe der Eltern.

Dass dies letztlich auch wirksamer ist, legen nun die Ergebnisse ihrer randomisierten Studie nahe. Darin wurden 120 Anorexie-Patienten über 12 Monate entweder nach Ansatz individueller Psychotherapie (adolescent focused individual therapy – AFT), die sich auf Aufarbeitung psychischer Probleme konzentriert, oder nach Ansatz der auf der Mitwirkung der Familie basierenden Therapie (FBT) behandelt. Das Ergebnis: Nach einem Jahr waren mehr als 50 Prozent der Jugendlichen aus der FBT-Gruppe genesen. Sie hatten 95 Prozent ihres normalen Körpergewichts erreicht sowie eine gesunde psychische Einstellung zum Essen. In der Patientengruppe mit individueller Psychotherapie (AFT) gelang dies nur bei 23 Prozent. Bei einer Untersuchung ein weiteres Jahr später waren 40 Prozent der AFT-Patienten rückfällig geworden, in der Gruppe der FBT-Patienten dagegen nur 10 Prozent.

Die positiven Ergebnisse der Studie würden klar zeigen, dass die familienbasierte Therapie „erste Wahl“

sein sollte. Dies sollten Kliniker in Zukunft deutlicher vor Augen haben, betonten die Wissenschaftler.

Arch Gen Psych (2010); 67: 1025-1032

Medien: Arztserien schüren Angst vor Krankheiten

Arztserien machen Angst vor Krankheiten. Das schließt eine US-amerikanische Kommunikationswissenschaftlerin aus einer Analyse von Fernsehgewohnheiten bei Studenten. Je mehr junge Menschen Sendungen mit medizinischen Inhalten gesehen hatten, desto besorgter waren sie um ihre Gesundheit und hatten eine negativere Lebenseinstellung, stellte die Kommunikationswissenschaftlerin Yinjiao Ye von der *University of Rhode Island* in Kingston fest. Sie untersuchte in ihrer im Fachmagazin *Mass Communication and Society* publizierten Studie die Fernsehgewohnheiten von 274 Studenten und befragte selbige nach ihrer Lebenszufriedenheit. Zusätzlich ließ die Forscherin die Testpersonen die Wahrscheinlichkeit einschätzen, selbst einen Herzinfarkt zu erleiden oder an Krebs, Aids oder anderen schweren Krankheiten zu erkranken. Außerdem erfragte sie, für wie wahrscheinlich die Probanden das Eintreten solcher Krankheiten bei anderen Menschen hielten.

Die meisten der im Durchschnitt 20 Jahre alten Studienteilnehmer gaben ihrem Alter entsprechend an, sich sehr gesund zu fühlen. Allerdings waren den Ergebnissen zufolge jene Studenten, die besonders viele Sendungen mit medizinischen Inhalten gesehen hatten, besorgter um ihre Gesundheit und insgesamt unzufriedener. Die Ursache dafür liegt Ye zufolge an dem starken Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und Gesundheit, deren Wahrnehmung offenbar durch das Fernsehverhalten beeinflusst wird. Die Ursache dieses Effekts sieht sie in der Verzerrung der Wirklichkeit durch das Fernsehen: Durch Sendungen, die sich hauptsächlich um Krankheiten drehen, werde nicht nur das Bewusstsein für Gesundheitsrisiken gesteigert, sondern die Zuschauer überschätzten auch die Wahrscheinlichkeit, selbst krank zu werden, so die Wissenschaftlerin.

Mass Commun Soc (2010); 13: 458-478

Studie: Gezielte Begleitung von Krebspatienten steigert Therapieerfolge

Eine intensive und multidisziplinäre Betreuung von Krebs-Patienten verbessert die Therapie deutlich. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist offenbar auch die Einbindung von Apotheken, die die Medikamente herausgeben. Das besagt eine neue Studie unter der Leitung von Ulrich Jaehde vom pharmazeutischen Institut der *Universität Bonn*, die im *Journal Supportive Care in Cancer* erschienen ist.

Grundlage der Studie, die in Kooperation mit verschiedenen Kliniken und Arztpraxen entstand, ist die Erfahrung, dass Krebspatienten Medikamente in Tablettenform zu Hause oft unregelmäßig und nicht nach dem vom Arzt vorgeschriebenen Therapieschema einnehmen. Rund ein Viertel der beobachteten Patienten folgte mindestens einmal pro Woche nicht der ausgehändigten Verschreibung. Häufig hatten unangenehme Nebenwirkungen dazu geführt, dass die Patienten die Medikamente nicht korrekt einnahmen oder die Therapie ganz abbrachen, so die Autoren.

Eine gezielte Unterstützung von Krebspatienten in Zusammenarbeit mit Apothekern kann dagegen die Therapietreue signifikant steigern, zeigte die aktuelle Studie. Während ein Viertel der nicht betreuten Patienten ihre Tabletten an mehr als jedem fünften Tag nicht korrekt einnahm, traf dies auf keinen der betreuten Patienten zu. „Die betreuten Patienten hielten sich nicht nur besser an das Therapieschema des Arztes, sondern brachen die Behandlung auch seltener ab“, sagt der Studienleiter und Klinische Pharmakologe Ulrich Jaehde.

Neu an dem vorgestellten Modell ist unter anderem die Einbindung von Apothekern. Nach der Entscheidung für eine Krebstherapie in Tablettenform informiert der Arzt den Patienten über die Möglichkeit einer zusätzlichen pharmazeutischen Betreuung. Ist der Patient daran interessiert, gibt ein Apotheker ihm Einnahmehinweise und berät ihn zur Therapie, erklärt, welche Nebenwirkungen bei seinen Medikamenten auftreten könnten, wie er sie frühzeitig erkennt und was er dann tun kann. Bei Fragen stehen die Apotheker jederzeit auch telefonisch zur Verfügung. Derzeit läuft noch eine Folgestudie, um das Betreuungsmodell weiter zu verbessern.

J Supp Care Cancer, doi:10.1007/s00520-010-0927-5

Frankreich: Höchster Staatspreis geht an Locked-in-Syndrom-Patientin

Frankreich setzt ein Zeichen: Der höchste Orden der Republik, die *Légion d'honneur*, ging vor wenigen Tagen an eine 56-jährige Französin, die seit 26 Jahren am Locked-in-Syndrom (LIS) leidet. Maryannick Pavageau erhielt die Auszeichnung für ihre Verdienste im Kampf gegen Euthanasie. Beim Locked-in-Syndrom sind Patienten meist genauso aufnahmefähig wie Gesunde, können alles in ihrer Umgebung hören und verstehen, sich aber nur schwer oder gar nicht mitteilen. Es ist vom Wachkoma abzugrenzen, da das Bewusstsein der Patienten größtenteils erhalten bleibt. Als die Französin als 30-Jährige im Jahr 1984 nach einem Schlaganfall am LIS erkrankte, war die Krankheit noch kaum näher erforscht und wenig

bekannt. Erst mit dem vom Chefredakteur der französischen *Elle*-Ausgabe, Jean-Dominique Bauby, verfassten Bestseller *Schmetterling und Taucherglocke* (1997) gelangte das Schicksal von LIS-Patienten an eine größere Öffentlichkeit. Pavageau wachte nach drei Monaten im Koma auf und war bei vollem Bewusstsein. Dank intensiver Therapie und fast eineinhalb Jahren Spitalsaufenthalt lernte sie von Neuem zu sprechen. Sie ist an den Rollstuhl gefesselt und braucht eine Rundum-Pflege. Als Mitglied der *Association of Locked-in-Syndrome* (ALIS) trug sie wesentlich zum 2008 verfassten „Leonetti-Bericht“ bei. Dieser bekräftigte aufgrund der Erfahrungen mit dem 2005 beschlossenen Gesetz zur Sterbehilfe, dass aktive Sterbehilfe in Frankreich eine Straftat bleibt.

„Jedes Leben ist lebenswert“, betont Pavageau in einem Interview mit der Regionalzeitung *Saint-Nazaire* anlässlich der Preisverleihung. „Das Leben kann schön sein, unabhängig davon, in welchem Zustand wir uns befinden. Ich bin entschieden gegen Euthanasie, denn nicht das physische Leiden bringt den Todeswunsch mit sich, sondern die Mutlosigkeit, sich bloß als Last zu fühlen.“ Dem medialen Bombardement, wonach ein Leben wie das ihre nicht lebenswert sei und daraus ein „Recht auf Sterbehilfe“ abzuleiten wäre, hält die Französin den Lebenswillen von LIS-Patienten entgegen. In einer Studie zur Lebensqualität von Locked-in-Syndrom-Patienten hatte eine große Mehrheit geantwortet, dass sie im Falle eines gravierenden Herzinfarkts wiederbelebt werden wollten. Die Frage nach Euthanasie sei in den meisten Fällen ein Schrei nach Liebe. Die Kraft, um selbst weiterzukämpfen, verdanke sie der Liebe ihres Mannes und ihrer Familie.

maville.com, 27. November 2010

Lancet: Warnung vor fragwürdigen Gentests privater US-Anbieter

Immer mehr Menschen scheinen davon überzeugt, dass die Zukunft ihrer Gesundheit aus den Genen abgelesen werden kann. Das Geschäft mit Gentests, die von privaten Firmen übers Internet angeboten werden, nimmt dementsprechend zu. Sie stellen sich als seriös dar, doch gegen kommerzialisierte Gentests gibt es ernsthafte Einwände, heißt es in einer Analyse in *Lancet*.

Erst im Juli 2010 hatte das *US General Accounting Office* (GAO) einen besorgniserregenden Bericht vorgelegt. Das GAO hatte genetisches Material von angeblichen Kunden an verschiedene private Anbieter von Gentests geschickt, wobei der Einsender direkt die Ergebnisse zugesandt bekam. Nach einer kritischen Analyse dieser Tests war das Urteil vernichtend: Die Resultate waren

„irreführend und hatten nur geringe oder keine praktische Bedeutung“.

Vor kurzem hat auch das *Nuffield Council on Bioethics* (London) die Frage aufgeworfen, ob es zulässig sei, „einen Aspekt der Gesundheit als Konsumgut und damit als Ware“ zu betrachten. Der Council gab außerdem zu bedenken, dass diese Tests „nicht nur der Befriedigung eines Kundenwunsches entsprechen, sondern auch dazu genutzt werden, diese Wünsche zu manipulieren und darauf einen dauerhaften Markt zu gründen“. Auch andere Regierungen zeigen sich besorgt: In Deutschland etwa wurde heuer ein Gesetz verabschiedet, wonach genetische Vorsorgeuntersuchungen „ausschließlich von in Humangenetik oder verwandten Disziplinen spezialisierten Ärzten durchgeführt und befundet werden dürfen“.

Lancet-Autorin Laurie Udesky fasst die Einwände der Experten wie folgt zusammen: Tests für triviale Belange (wie die Prognose der Glatzenbildung bei Männern) würden automatisch mit Tests für heikle Krankheitsprognosen (z. B. Alzheimer) verquickt. Der Konsument könne die Konsequenzen aus den Testergebnissen nicht abschätzen, er wird beunruhigt, verängstigt, auch Fälle von Suizid wurden bekannt. Es fehle die dringende weiterführende genetische Beratung. Einige Firmen würden sich dazu hergeben, genetisches Material ohne Information und Einwilligung des Betroffenen auf bestimmte Merkmale zu testen, was offenkundig unethisch und auch gesetzeswidrig ist.

Lancet (2010); 376: 1377-1378

Studie: Ärzte beklagen mangelnde Kommunikation mit Kranken

Vier Minuten am Krankenbett, 20 Sekunden für die Angehörigen: Das ist die Zeit, die Stationsärzte durchschnittlich am Krankenbett des Patienten bzw. für die jeweiligen Verwandten aufbringen. Das ist das Ergebnis einer Studie, die an der *Universitätsklinik in Freiburg* durchgeführt wurde und im *BMC Health Services Research* publiziert wurde. Die flüchtigen Patientenkontakte standen zugleich in einem markanten Kontrast zu den fast elf Stunden währenden Arbeitstagen der Ärzte. Auf Ruhepausen entfielen dabei lediglich 35 Minuten und auf Gespräche mit sämtlichen Patienten und deren Angehörigen achtzig Minuten. Die verbleibende Zeit erledigten die Stationsärzte zahlreiche andere Aufgaben, darunter etliche Schreibtischarbeiten. Sie hatten Patientendaten zu dokumentieren und Abrechnungsformulare auszufüllen. Die wachsende Überfrachtung mit solchen nicht-ärztlichen Tätigkeiten machen viele Ärzte auch dafür verantwortlich, dass ihnen kaum noch Zeit

für ihre Patienten bleibt, heißt es in einem Übersichtsartikel in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*, der sich der für Ärzte und Patienten unbefriedigenden Kommunikationssituation und möglichen Auswegen widmet.

Nicht die Quantität, sondern die Qualität mache es aus, sagen die einen. Unübersehbar ist zugleich der Trend, dass der Einsatz von medizintechnischen Untersuchungen finanziell besser abgegolten wird als die zeitliche Widmung am Patienten – und das trotz der Erkenntnis, dass die gute Kommunikation und das Vertrauen zum Arzt einen erheblichen Faktor für den Therapieerfolg ausmachen. Auch Ärzte leiden unter der „Entmenschlichung der technikorientierten modernen Medizin“, stellen Thomas Cole und Nathan Carlin vom Gesundheitszentrum der *University of Texas* in *Lancet* fest. Die Kluft zwischen den beruflichen Idealen und den limitierenden Umständen des Arbeitsalltags kann zu einer Dauerspannung führen, zu chronischem Stress und Burnout. Einen Ausweg aus diesem Dilemma sieht der deutsche Kommunikationsexperte und Mediziner Linus Geisler in einer stärkeren Gewichtung der „sprechenden Medizin“. Ärzte, die über gute kommunikative Fertigkeiten verfügen, würden demnach nicht so empfindlich auf beruflichen Stress reagieren, könnten die Krankheiten ihrer Patienten emotional besser verkraften und würden außerdem weniger zu Depressionen und Suizid neigen.

BMC Health Serv Res, doi:10.1186/1472-6963-10-94

Frankfurter Allgemeinen Zeitung (online, 21. November 2010)

Lancet (2009); 374: 1414-1415

IVF: Indien boomt als Markt von Leihmüttern für Paare aus Übersee

Das *Indian Council of Medical Research* (ICMR) hat im Jahre 2007 Leitlinien herausgegeben, die den Export von menschlichen Embryonen verbieten. Ärzte fordern nun eine klare Rechtsprechung bezüglich des Imports. Hintergrund der Debatte ist die Leihmutterschaft, die in Indien zu einer regellosen Industrie geworden ist. Eine medizinisch-rechtliche Debatte entbrannte erst kürzlich, als ein menschlicher Embryo in einem Behälter mit flüssigem Stickstoff von der Zollbehörde als unannehmbares Gepäck klassifiziert und in die USA zurückgeschickt worden war. IVF-Kliniken implantieren Embryos, die von weither an Frauen aus meist sozial niedrigen Schichten gelangen und gegen Geld ihre Gebärmütter zur Verfügung stellen. Das Verfahren wird dadurch billiger als in den westlichen Staaten. Geht es nach dem ICMR, soll diese Vorgangsweise nicht verboten werden, sondern auf ganz legalem Wege möglich sein. Der Gesetzesentwurf spricht von staatlich akkreditierten

„Banken“, die künftige Leihmütter sowie Eizellen und Spermien aus dem Versandhaus in einer Datei registrieren. R. S. Sharma, Vize-Generaldirektor des ICMR, argumentiert damit, dass das Gesetz der Ausbeutung von armen Leihmüttern ein Ende setzen werde, berichtet *Times of India*. „Infertile Paare müssen dann nicht auf die Jagd nach Leihmüttern gehen. Die ‚Bank‘ wird ihnen dabei behilflich sein! Außerdem wird das Paar mit aller Information über den sozialen Hintergrund und die medizinischen Befunde jener Person versorgt, deren Uterus sie mieten wollen“, sagt Sharma. Den Frauen werden fünf Lebendgeburten zugestanden, die eigenen Kinder eingerechnet. Nach dem neuen Gesetz sollen Frauen nicht mehr als fünf Lebendgeburten haben dürfen; Eizellspenden sollen nur sechsmal in ihrem Leben gestattet sein. „Dass über die psychischen Auswirkungen auf Frauen und das Problem, dass reiche Länder offenbar von Frauen profitieren, die sich aus finanzieller Not zu Dumping-Preisen als lebende Brutkästen zur Verfügung stellen, kein Wort verloren wird, ist ein Skandal“, betont Susanne Kummer, stv. Geschäftsführerin von IMABE. Die Herstellung von Menschen zu kostenniedrigsten Produktionspreisen gehorche nur noch einer Logik des Marktes und widerspreche eindeutig der Würde des Menschen, so Kummer.

Times of India, 4. Oktober 2010

Anthropotes

Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.
Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
Anno XXVI, n. 1 – 2010
Articoli:
D. C. Schindler: Historical Intelligibility : on Creation and Causality;
C. Granados: El espíritu de Yahvé y el dinamismo de la creación en el Antiguo Testamento;
M. Hanby: Saving the Appearances: Creation's Gift to the Sciences;
A. G. Cooper: The Body: Witness to Creation;
C. Cunningham: Naturalizing Naturalism and Materialism's Ghosts;
S. Oliver: Physics, Creation and the Trinity;
J. Lear: Ironic Creation.

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch 2010/4
Articoli:
M. L. Di Pietro, B. Corsano: Il "trapianto di faccia";
E. Villanueva Cañadas: Las espaldas de los médicos son anchas, ma non troppo;
M. Casini: I consultori e l'obiezione di coscienza sanitaria nella riorganizzazione pugliese della rete consultoriale;
C. Sartea: Verso una deontologia medica europea;
M. Munzarova: Dignità, personhood and culture: reflections on bioethics of today;
L. Eusebi: Il dibattito in bioetica: parere sull'assetto giuridico concernente il trattamento dei resti umani a seguito di morte avvenuta in fase prenatale, con particolare riguardo al caso in cui la gestazione non abbia superato le venti settimane.

Ethik in der Medizin

Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch
Band 22, Heft 3, 2010
Editorial: Alena Buyx, Stefan Huster: Ethische Aspekte von Public Health; Originalarbeiten:
Michael Quante: Das Elend der Volksgesundheit;
Norbert W. Paul: Medizinische Prädiktion, Prävention und Gerechtigkeit: Anmerkungen zu ethischen Dimensionen eines biomedizinischen Ideals;
Georg Marckmann: Präventionsmaßnahmen im Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und allgemeinem Wohl;
Alena Buyx: Können, sollen, müssen? Public Health-Politik und libertärer Paternalismus;
Andreas Mielck: Sozial-epidemiologische und ethische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheit;
Siegfried Geyer: Manifestation, Erklärung und Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten;
Oliver Rauprich: Public Health als Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit;
Volker H. Schmidt: Priorisierung auf der Makroebene. Das Gesundheitswesen im Ensemble sozialpolitischer Leistungsbereiche;
Stefan Huster: Eigenverantwortung im Gesundheitsrecht.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
18. Jahrgang, Heft 3, 2010
Leitartikel:
Emeka Vernantius Ndukaihe: Der Name als wertbewusster Schlüssel zur Identität des Menschen – Echo aus Afrika;
Imre Koncsik: Glaube und Technik. Impulse zur Grundlegung von TRI (technologically responsible investments);

Helmuth Etzold: Von der Selbstorganisation zur Integration. Werte für eine gelingende Welt.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch
XLIII/2, 2010
Estudios:
Pablo García Ruiz: Consumo e identidad: un enfoque relacional;
Luis E. Alonso, Carlos Fernández: Consumo e hipermodernidad: una revisión de la teoría de Gilles Lipovetsky;
Diana Crane: Environmental change and the future of consumption: implications for consumer identity;
Carlos Soldevilla: El consumo nostálgico de aristocracia.

Acta Medica Catholica Helvetica

Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz
12. Jahrgang, Heft Nr. 2/2010 (September 2010)
Nikolaus Zwicky-Aeberhard. INER-Jubiläumskongress;
Christoph Casetti: Ethik, Moraltheologie, Lehramt und Gewissen – Morgenbetrachtungen für die Lourdes-Pilgerärzte 2010;
Ermanno Pavesi: Gewissensfreiheit: woher und wozu?;
Gian Luigi Gigli: I medici cattolici e la chiesa;
Charles Probst: Gehirn und Seele aus der Sicht von Neurochirurgie und Hirnforschung – Grenzfragen zwischen Wissen und Glauben;
Peter Ryser: Bundesgerichtsurteil vom 16.6.2010 betreffend Vereinbarung zwischen der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich und EXIT;
Rahel Gürber: Menschenwürde – Herzstück der Menschenrechte;
Peter Ryser: Zum Beitrag: Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der

Schweiz;

Josef Bättig: ad Hans Küng;

Rodolfo Mazzi: Attivà della Sezione
Svizzero-italiana dell'AMCS.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch

18. Jahrgang, Heft 5, 2010

Christian Kopetzki: Editorial;

Hubert Hinterhofer: Substitutions-
behandlung und Strafrecht;

Lukas Stärker: In welchen Angele-
genheiten ist mit dem „Vertreter
der Betroffenen“ iSd KA-AZG das
Einvernehmen herzustellen?;

Julia Schmoll: Noch einmal:

Biosimilars im österreichischen
Arzneimittel- und Arzneimitteler-
stattungsrecht.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

17. Jahrgang, Heft 5, 2010

Ferdinand Kerschner, Wilhelm
Bergthaler, Eva Schulev-Steindl:
Editorial;

Franz Obeleitner: Das Wasser-
rechtsgesetz und das Jahr 2009;

Thomas Neger: Die verwaltende
Mitwirkung „Privater“ am UVP-
Verfahren.

Acta Philosophica

Rom, Italien.

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 19 (2010), fasc. II

Studi:

Pierpaolo Donati: Le virtù sociali
della famiglia;

Natalia López Moratalla: La búsqueda
en el cerebro de la dotación ética
innata y universal.

Organtransplantation. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte

Jan P. Beckmann, Günter Kirste, Hans-Ludwig Schreiber
 Verlag Karl Alber, Freiburg/Breisgau 2008
 60 Seiten
 ISBN 978-3-495-48344-2

Die Intention des 7. Bandes der Reihe von Sachberichten des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) ist es, dem Leser einen Einblick in den gegenwärtigen medizinischen Sachstand der Transplantationsmedizin sowie in die rechtlichen Regelungen und grundlegenden ethischen Fragestellungen zu vermitteln. Transplantationsverfahren sind seit Jahrzehnten klinisch bestens etabliert. Ein brennendes Problem der Transplantationsmedizin bleibt aber immer noch der eklatante Mangel an Spenderorganen, besonders bei den Organen, die nicht oder nur vorübergehend durch entsprechende künstliche Substitutionsmaßnahmen ersetzt werden können (Leber, Lunge, Herz).

Unter den rechtlichen Aspekten besteht größtenteils Konsens darüber, dass das Hirntodkriterium maßgeblich für den Todesbegriff ist, da mit dem totalen Funktionsausfall des Gehirns nicht nur ein spezielles Organ ausfällt, sondern der Organismus als Einheit zu existieren aufhört. Papst Johannes Paul II. hat am 29. August 2000 beim 18. Internationalen Kongress der „Transplantation Society“ in Rom den Hirntod als ein zulässiges Kriterium für die Transplantation bezeichnet.

Der rechtliche Beitrag der Sachstandsberichte bezieht sich allerdings auf die deutsche Rechtsgegebenheit, in der eine Organentnahme nur erlaubt ist, wenn klar nachgewiesen werden kann, dass der Spender zu Lebzeiten in eine Organentnahme eingewilligt hat. Die rechtlichen Möglichkeiten z. B. in Österreich erlauben immer eine Organentnahme, falls sie der Spender nicht eindeutig abgelehnt hat („Widerspruchslösung“). Der Wille der Angehörigen wird dabei berücksichtigt. Dieser Umstand macht die rechtliche Situation bei der Organspende einfacher, kann aber den Mangel an Spenderor-

ganen trotzdem nicht komplett aufheben.

Unter ethischen Aspekten ist zu beachten, dass in der Transplantationsmedizin nicht wie sonst bei therapeutischen Verfahren die Dyade „Arzt-Patient“ charakteristisch ist, sondern stets drei Seiten involviert sind: Patient, Arzt und Organspender. Maßgeblich für die Transplantationsverfahren sind die ethisch wie rechtlich international anerkannten Normen des Lebensschutzes, der Hilfsverpflichtung und der Schadensvermeidung. Die Zielsetzung der Transplantationsmedizin versteht sich rechtlich wie ethisch im Kontext mit dem Respekt vor der Würde des Menschen.

Die Todesfeststellung stellt die notwendige Bedingung postmortaler Organengewinnung dar. Neben dem nicht mehr behobenen Herz- und Kreislaufstillstand gilt der irreversible vollständige Funktionsausfall des gesamten Gehirns als ein solches, vom Gesetzgeber gefordertes, wissenschaftlich gesichertes Todeskriterium. Der vollständige Funktionsausfall des gesamten Gehirns, der nicht nur in der Transplantationsmedizin, sondern davon unabhängig auch in der Intensivmedizin als sicheres Todeskriterium eine wichtige Rolle spielt, zeigt das eingetretene Ende der Einheit des Organismus des Menschen an, ungeachtet des Umstandes, dass einzelne künstlich unterstützte Organfunktionen anhalten können. Das Hirntodkriterium ist aber weiterhin Thema von Diskussionen, bei denen es um Aspekte semantischer, psychologischer und anthropologischer Natur geht.

Semantisch wird diskutiert, ob der Terminus Hirntod ein neues Todeskonzept meint. Das Hirntodkonzept besagt aber nicht, was der Tod ist, wohl aber, welches das medizinisch wissenschaftlich gesicherte Kriterium für das Ende des menschlichen Lebens in seiner ganzheitlichen Struktur ist. Unter dieser Hinsicht stirbt der Mensch weder am Herz- noch am Hirntod: Er stirbt, wenn die Einheit seines Organismus in seiner Ganzheit unwiderruflich zerbrochen ist.

Die Intensivmedizin kann bei Hirntoten durch die Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauffunkti-

onen von außen eine gewisse Lebendigkeit eines bereits Gestorbenen nachahmen. Sie hält aber bloß die Funktionstüchtigkeit bestimmter Organe aufrecht, erhält aber auf keinen Fall einen prinzipiell lebensfähigen Organismus.

Anthropologisch steht auf der einen Seite der Einwand, die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod beruhe auf einer Reduktion des Menschen auf sein Hirn (Zerebralisierung), welches schließlich nur ein Organ unter mehreren sei. Auf der anderen Seite wird die biologistische Vorstellung vom Leben des Menschen „bis zum Untergang der letzten Zelle“ vorgetragen. Unstrittig ist, dass das menschliche Gehirn nicht irgendein Organ ist, sondern dasjenige, mit dessen Hilfe der Einzelne sein personales Dasein zum Ausdruck zu bringen vermag; unbestritten ist auch, dass der Mensch nicht aus der Addition zellulärer Prozesse besteht bzw. auf diese reduzierbar ist. Das Dilemma zwischen zerebralem und biologischem Menschenbild lässt sich nur dann vermeiden, wenn man sich die Auffassung vom Menschen als einer leiblich-geistigen Einheit in Erinnerung ruft.

Das Lebewesen zeichnet sich im Gegensatz zu rein vegetativem Leben vor allem durch eine funktionelle Einheit aus, die nicht wiederum Teil eines übergeordneten Ganzen, sondern ein letztes endgültiges Individuum ist. So sind das transplantationsfähige Herz-Lungenpräparat oder die bei einem Unfall noch „lebensfähige“ Extremität Teil eines Menschen, aber nicht dieser Mensch selbst. Der Mensch als ganzheitliches, individuelles Lebewesen ist hingegen niemals Teil einer übergeordneten Einheit, sondern immer eine in sich selbst endgültig abgeschlossene Ganzheit. Und zwar unabhängig davon, ob ihm das eine oder andere Organ oder eine Extremität fehlt oder nicht.

Die Feststellung des vollständigen Funktionsausfalls des Gesamthirns stellt aus medizinisch-rechtlicher wie aus ethischer Sicht die notwendige, doch erst die Freiwilligkeit der Entscheidung des Spenders die hinreichende Bedingung für die postmortale Gewinnung von Organen dar. Dieselbe allen

Engpässen zum Trotz von Zwängen freizuhalten, gilt allgemein als Erfordernis höchster Priorität.

Freiwilligkeit ist nicht nur ein ethisches Erfordernis, sie ist auch semantisch im Spiel: Nach gängigem Verständnis bezeichnen die Ausdrücke „Spende“ bzw. „spenden“ das freiwillige zur Verfügung stellen von Eigenem für jemand anderen. Eine Spende ist notwendig an ein Subjekt gebunden, den Spender. Im Fall der Organspende geht der Spender mit einem Teil von sich selbst um. Eine Spende stellt eine Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen dar. Sie ist durch Freiwilligkeit gekennzeichnet. Ob dieser normative Zusammenhang auch für die Unentgeltlichkeit der Spende gilt, ist umstritten. Unentgeltlichkeit schließt Eigennutz nicht unbedingt aus.

Fraglich ist, ob im Sinne der dargelegten Semantik postmortal gespendet werden kann, da der Verstorbene kein Subjekt ist. Andererseits besitzen vor dem Tod getroffene Willensbekundungen eines Menschen rechtliche Wirksamkeit und moralische Bindung.

Damit eng verbunden ist der Nachweis eines entsprechenden Willensentscheids des Spenders. Im Falle der Totenspende wird dieser in drei Alternativen diskutiert: als Zustimmung-, als Widerspruch- oder als erweiterte Zustimmungslösung. Die in dem vorliegenden Band dargelegten Vorgangsweisen geben die Rechtslage und Usancen in Deutschland wider („erweiterete Zustimmungslösung“), die zuletzt Gegenstand öffentlicher Debatte war.

Es können naturgemäß nur so viele Organe verteilt wie gespendet werden. Da es an Organen mangelt, entstehen Gerechtigkeitsprobleme. Vermittlungspflichtige Organe werden dem Patienten nicht vom behandelnden Arzt, sondern von Eurotransplant oder einer anderen Institution zugeteilt. Hindernisse für die Aufnahme in die Warteliste können neben der Nichterfüllung von Aufnahmekriterien mangelnde Compliance (Alkoholmissbrauch, Drogen, Unregelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme), maligne Erkrankungen oder schwerwiegende Herz- oder Gefäßerkrankungen sein. Keine Rolle

dürfen sozialer Status, finanzielle Situation oder Versicherungsstatus spielen. Von zentraler Bedeutung bei der Organzuteilung sind die Kriterien der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht.

Kinder genießen Vorrang, weil sie durch das Warten auf ein geeignetes Transplantat in ihrer Entwicklung in besonderer Weise beeinträchtigt werden. Ihnen werden beispielsweise im Falle der Lebertransplantation vorrangig alle Lebern von Spendern mit weniger als 46 kg Körpergewicht zugeteilt.

Bei dem Versuch, das Problem des Organmangels durch Erschließung neuer Möglichkeiten in den Griff zu bekommen, gibt es zahlreiche Lösungsansätze, bei denen jedoch wieder neue ethische Konflikte beachtet werden müssen. Der deutsche Gesetzgeber hat aus zwei Gründen die Lebendspende auf Verwandte I. und II. Grades sowie auf einander persönlich Nahestehende beschränkt: einmal um die Freiwilligkeit zu sichern und dann um Organhandel auszuschließen. Zwischen Familienmitgliedern fehlt es jedoch häufig an der erforderlichen medizinischen Kompatibilität. Hier wird die Zulassung einer Ausweitung des Spender-/Empfängerkreises sowie die Zulassung einer anonymen Lebendspende diskutiert (pooling). Auch die Freiwilligkeit des Lebendspenders unter Verwandten besitzt zwar in der Regel einen hohen Wahrscheinlichkeitsgrad, kann aber im Einzelfall gerade infolge verwandtschaftlich bedingter Abhängigkeit eingeschränkt sein.

Ein weiterer Sonderfall liegt vor, wenn sich innerhalb der Schicksalsgemeinschaft der potentiellen Organempfänger Möglichkeiten der Ausweitung des Spenderkreises ergeben. Einer der beiden Partner benötigt eine Niere oder eine Teilleber, der andere möchte eine solche spenden, doch es fehlt an medizinischer Kompatibilität. Liegt dieselbe jedoch zwischen dem Spender des einen Paares in Bezug auf den Empfänger des anderen Paares vor, so ist medizinisch eine sogenannte Überkreuztransplantation (cross over) möglich.

Rechtlich muss bei einer Überkreuz-Lebendspende im Einzelfall geprüft werden, ob die

Beziehung zwischen den beiden Spendern und den beiden Empfängern auf der Empfindung persönlicher Verbundenheit und auf einem innerlich akzeptierten Gefühl der sittlichen Pflicht beruht. Es ist in jedem Fall zu prüfen, ob ein Anlass zum Zweifel an der Freiwilligkeit der beteiligten Lebendspender besteht.

Ob die Möglichkeit einer Ausweitung einer Lebendspende über die Cross-over Spende hinaus auch eine anonyme Lebendspende (pooling) rechtfertigungsfähig macht, hängt davon ab, ob man das Konzept einer gemeinsamen Betroffenheitssituation auch auf Spender und Empfänger ausdehnen kann, die einander nicht kennen.

Zu den am problematischsten angesehenen Folgen des Organspendemangels gehört der Gedanke, dem Mangel an Spenden mit Hilfe von materiellen Anreizen bis hin zu einem Markt für Organe Abhilfe zu schaffen. Das Verbot des Handels mit Geweben und Organen dient wichtigen ethischen Normen sowie zentralen Rechtsgütern: Respekt vor der körperlich-geistigen Integrität des Individuums, Schutz von Leib und Leben, Schutz vor Ausbeutung in wirtschaftlicher und sozialer Notlage. Ein Dauerkonflikt mit der Gerechtigkeit wäre vorprogrammiert. Der Meistbietende würde das Organ erhalten. Ärzte wären gezwungen, Organe auch nach ökonomischen Prioritäten zu vergeben. Informationen über die Qualität eines Organs würden nicht in erforderlicher Sorgfältigkeit weitergegeben werden. Dessen ungeachtet wird verstärkt diskutiert, ob es Möglichkeiten gibt, eine Kommerzialisierung in geregelte Bahnen zu lenken.

Im Unterschied zum freien Markt würde ein geregelter Markt rechtlichen Regelungen, ethischen Grenzziehungen und strikter Überwachung (Festpreise, Organallokation unabhängig von der Zahlungsfähigkeit des Empfängers, Verfahrenstransparenz) unterworfen sein. Ethisch wie rechtlich unzulässige Seiten des Schwarzmarktgeschehens wie Diebstahl, Zwischenhandel, Ausbeutung, Betrug, Pfusch etc. ließen sich möglicherweise wirkungsvoll bekämpfen. Da-

her das Stichwort: freier Markt für Organe unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle. Bleibt jedoch die kritische Rückfrage erlaubt: In welchem Bereich funktioniert staatliche Aufsicht?

Empirische Studien belegen, dass Organverkäufe überwiegend keine nachhaltige Verbesserung der Lebensumstände der Spender nach sich ziehen. Gleichzeitig steigt der Druck auf die Organpreise in der Dritten Welt. Offenbar kommt also die erforderliche Äquivalenz zwischen den Tauschgütern beim Organhandel nicht zustande. Gesetzmäßigkeiten des Marktes verhindern im Falle des Organhandels einen gerechten Preis.

Hat sich erst einmal ein Markt für Organe gebildet, dürfte die Bereitschaft zur uneigennützigem Spende von Organen abnehmen. Hinzu käme ein Glaubwürdigkeits- und Vertrauensverlust der Transplantationsmedizin.

Das strikte Verbot des Organhandels gründet sich auf wichtige Rechtsgüter und zentrale ethische Normen: Respekt vor der Unverletzlichkeit und der körperlichen Integrität des Individuums, Schutz von Leib und Leben, Schutz vor Ausbeutung einer wirtschaftlichen und sozialen Notlage. Es geht um Grundwerte einer Verfassung und Wertordnung, in welcher der Mensch einen Wert besitzt und nicht einen Preis hat. Wer Organe gegen Entgelt abgibt, ist kein Spender, sondern ein Anbieter und Verkäufer. Darin einen autonomiefördernden Faktor oder autonomiesichernden Effekt zu erblicken, kann nur behaupten, wer Autonomie als unbegrenztes Selbstverfügungsrecht versteht.

Rechtskonforme Lebendspenden sollten vom Gesetzgeber allerdings eine bessere versicherungsrechtliche Absicherung und Abdeckung der mit der Organspende verbundenen und einzig durch sie entstehenden Kosten erhalten. Dies erscheint aus ethischer Sicht nicht nur zulässig, sondern geboten. Derzeit bestehen noch beträchtliche versicherungstechnische Lücken. Das gilt für den Ausgleich von Einkommensausfällen und für die Kompensation ggf. vermindelter Erwerbstätigkeit, ebenso wie für die Absicherung von späteren Folgeschäden.

Während der Organverkäufer um eines Zugewinns willen ein Organ anbietet, mithin einen materiellen Vorteil erstrebt und damit den Tatbestand des Organhandeltreibens erfüllt, erhält der Organspender lediglich die Gewähr, dass die entstehenden materiellen Einbußen kompensiert werden. Ein Handeltreiben liegt somit nicht vor.

Ob darüber hinaus auch eine Art Schmerzensgeld zu den Ausgleichszahlungen zu rechnen ist, muss im Einzelfall geprüft werden. Hier muss auch der komplikationslose oder komplizierte postoperative Verlauf ins Kalkül gezogen werden.

Vom Ausgleich materieller Aufwendungen zu unterscheiden ist der Gedanke des sog. „rewarded gifting“, des belohnten Geschenkemachens. Hier wird ein Kompromiss zwischen Organverkauf und Organspende versucht. Eine Abgrenzung scheint schwierig bis unmöglich.

Diskutiert wird weiters ob man eine ethische Pflicht zumindest zur postmortalen Organspende reklamieren muss oder gar der Gesetzgeber eine Sozialpflicht zur Organspende statuieren soll. Alternativlosigkeit, Zumutbarkeit, Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit sind die ethisch relevanten Kriterien für das Vorliegen einer ethischen Hilfsverpflichtung. Diese Kriterien sind mit Sicherheit bei der Lebendspende nicht erfüllt.

Die Verpflichtung zur postmortalen Organspende kann nur dann als rechtfertigungsfähig erachtet werden, wenn sie als eine allgemeine, alle entscheidungsfähigen Individuen unterschiedslos verpflichtende Angelegenheit angesehen wird. Hält man hingegen so eine Verpflichtung für individuell modifizierbar, dann entsteht die ethisch problematische Situation sog. Club-Modelle. Während eine generelle postmortale Organspendepflicht als ethisch fraglich erscheint, bleibt zu prüfen, wie es mit dem Gedanken einer generellen Verpflichtung zur Entscheidung pro oder contra postmortale Organspende steht.

Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Ersetzung der in Deutschland geltenden erweiterten Zustimmungslösung durch die Wider-

spruchslösung, wo nach dem Tode eines Menschen Organe entnommen werden dürfen, wenn der Betreffende dem zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat. Diese Regelung besteht bereits in einer Reihe von Nachbarländern, unter anderem auch in Österreich.

In Anbetracht der hier in kurzen Zügen erläuterten Problematik und dem damit verbundenen organisatorischen und administrativen Aufwand der derzeit in Deutschland geltenden Regelung für alle Beteiligten, können wir uns in Österreich glücklich schätzen, dass hier von Anfang an die wesentlich praktikablere Lösung zur Anwendung kam.

Um jedem Missbrauch vorzubeugen, ist in den meisten Ländern gesetzlich festgelegt, dass sämtliche Ärzte, die in die Betreuung von potentiellen Organ Spendern und in die Hirntoddiagnostik eingebunden sind, nicht dem Explantations- oder Transplantationsteam angehören dürfen. Dieses Nicht-Miteinbezogen sein in die Hirntoddiagnostik hat den Vorteil, dass die eine Seite (Empfänger, Transplantationsteam) mit dem Schicksal der anderen Seite (Hirntoddiagnose, Spender) nicht direkt konfrontiert wird. Dadurch kann Befangenheit ausgeschlossen werden.

Selbstverständlich muss mit äußerster wissenschaftlicher Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bei der Hirntoddiagnostik vorgegangen werden, um nach menschlichem Ermessen jede Irrtumsmöglichkeit auszuschließen. In Österreich hat der Oberste Sanitätsrat festgelegt, dass der Tod von einem Neurologen diagnostiziert werden sollte, wobei sowohl die klinische als auch die elektroenzephalographische Hirntoddiagnose zu stellen ist. Das EEG wird während sechs Stunden dreimal jeweils für mindestens 20 Minuten abgeleitet und von einem speziell ausgebildeten Neurologen befundet. Während dieser Zeit darf keine bioelektrische Aktivität im Gehirn nachweisbar sein.

Das Urteil über die Sicherheit und Aussagekraft der verschiedenen Methoden liegt dabei zweifelsohne ausschließlich in der Kompetenz der Naturwissenschaftler bzw. Ärzte. Wie immer aber

das Urteil über die Zuverlässigkeit der einzelnen Diagnosemethoden ausfallen wird, dies ändert nichts an der Tatsache als solcher, dass der Hirntod - wenn einmal eingetreten - ein Zeichen für den biologischen Tod des Menschen ist. Es ist den Autoren hoch anzurechnen, dass sie klar für den Hirntod als Kriterium für den Tod des Individuums eintreten.

Der vorliegende Band ist sicher keine Gute-Nacht-Lektüre, wird aber dem Anspruch einer äußerst kompakten Zusammenfassung der drei Themenkreise (Medizin, Recht, Ethik) in Hinblick auf Organtransplantation gerecht.

C. Schwarz

Forschung contra Lebensschutz? Der Streit um die Stammzellforschung

Konrad Hilpert (Hrsg.)

Nr. 233 der *Quaestiones Disputatae*

Herder Verlag, Freiburg/Breisgau 2009

408 Seiten

ISBN 978-3-451-02233-3

Was sagen die Theologen, die katholische Kirche, die Glaubensgemeinschaften und die Sozialethiker zur Stammzelldebatte in Deutschland? Droht ein Kulturkampf, bei dem es nur Gewinner oder Verlierer geben kann, oder ist eine geistige Brücke möglich, die die divergierenden Standpunkte verbinden wird?

In der Einleitung betont der Herausgeber K. Hilpert, katholischer Moraltheologe in München, dass die Diskussion in ihrer in Deutschland geführten Heftigkeit tatsächlich an einen Kulturkampf erinnert. Gleich vorweg: Trotz weiterer Fortschritte bei Alternativen zur embryonalen Stammzellforschung (ESZ-Forschung) würden letztere als „Goldstandard“ für nicht-embryonale SZ verteidigt. Die Inkonsistenz des Gesetzes (Herstellung: Nein, Import: Ja), sei unehrlich und zeuge von einer Doppelmoral.

Eine Gruppe um den Heidelberger Molekularbiologen A. M. Müller gibt eine knappe und sehr gediegene Darstellung über Stammzellen an sich:

embryonale, spezialisierte somatische SZ, Kerntransfer und Reprogrammierung.

Daran anschließend steigt E. Schockenhoff, katholischer Theologieprofessor in Freiburg, in die damit verbundene ethische Problematik ein und kritisiert die Rechtfertigung der Ziele, indem er vor der inhärenten Gefahr des Utilitarismus warnt, der sich neuer Techniken zu fragwürdigen Zwecken bedient. Dabei kritisiert er die Argumentation, dass allein das Nichtannehmen der sogenannten ‚überzähligen‘ Embryonen (jene, die nach einer künstlichen Befruchtung nicht implantiert werden) durch die Eltern eine Minderung des vollen Mensch-Seins des Embryos herbeiführe (Minderung der Potentialität).

Jan P. Beckmann, Philosoph und Ethiker in Bonn, liegt die begriffliche Klarheit an der SZ-Debatte am Herzen, in dem er die SKIP-Argumente (Spezies-Spezifität, Kontinuum, Identität, Potenzialität) für den nach der in-vitro-Fertilisation noch extrakorporalen, frühen menschlichen Embryo diskutiert. Sein ontologischer Ansatz basiert auf der mehr als strittigen These, dass, solange keine Kontinuität der Entwicklung gewährleistet sei, also noch keine Nidation erfolgt sei, das Kontinuitätsargument nicht anwendbar sei und der menschliche Embryo erst danach Chancen habe, ein Mensch zu werden. Damit will er seinen eigenen Standpunkt begründen, dass die Nutzung der Zygote für die Forschung immerhin einem höheren Ziel diene als die „würdelose“ Entsorgung kryokonservierter Embryonen.

Der Jesuit und Philosoph J. Seidel (München) stellt sich neun „Katechismusfragen“ zum ontologischen Status des Vorgeburtlichen, die – weil provokativ gestellt – auch mit Provokation beantwortet werden. Dabei kommt die gut gewählte Basisinformation und gediegene Diskussion derselben nicht zu kurz: Was heißt biologisches Individuum, Kontinuität und Zäsur, neuronale Entwicklung beim Menschen und Abhängigkeit vom mütterlichen Organismus, Start des keimeigenen Genoms, u. a. m.? Seidel bedauert die geringe biologische Kompetenz von Philosophen und Theologen, gleichzeitig auch die bestenfalls rudimentäre philosophisch-theolo-

gische Kompetenz der Biologen in ihren jeweiligen Diskussionsbeiträgen.

Das Verhältnis der christlichen Kirchen zueinander im Feld ökumenischer Nachbarschaft wird von Monika Hoffmann und Herbert Schlögel, Theologen in Regensburg, beleuchtet. Obgleich beide katholisch, bemühen sie sich um Äquidistanz gegenüber Veröffentlichungen des Rates der evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) und der Deutschen Bischofskonferenz. Basis dafür ist die Arbeit in der (den) „Woche(n) des Lebens“ zwischen 1991 und 2006, die von beiden Gremien getragen ist (sind). Es mutet eigenartig an, dass der evangelische Theologe Ulrich Körtner (Wien) in einem Zitat aus 2005 eine „gemeinsame Stellungnahme der beiden Kirchen mit Sorge betrachtet“ und darin eine schleichende Katholisierung der evangelischen Ethik und eine Dominanz katholischer Argumentationsmuster sieht.

K. Hilpert (der Herausgeber) übernimmt selbst die „Hermeneutik“ von kirchlichen Stellungnahmen zum Embryonenschutz, wobei er sich hier ausdrücklich auf römisch-katholische Quellen bezieht. Für den interessierten Leser werden Termini der Präzisierung des Lebensbeginns den entsprechenden Dokumenten, in denen sie formuliert wurden, in einer Tabelle zugeordnet (S. 129).

Was die mit der Befruchtung einhergehende Simultanbeseelung betrifft, betont die Enzyklika *Evangelium vitae*, dass die Diskussion um den möglichen Zeitpunkt der Beseelung niemals die Verwerflichkeit der Abtreibung in Zweifel ziehen konnte. Der Autor unterstreicht die schmerzliche Diskrepanz zwischen der klaren Aussage der kirchlichen Lehre einerseits (Donum vitae 1987 und Dignitatis personae 2008), welche die IVF als „in sich unerlaubt“ erklärt, und der bereits weitgehend etablierten Praxis andererseits (60.000 Behandlungen und 10.000 gezeugte Kinder jährlich in Deutschland). Gäbe es keine IVF, würde sich die Diskussion um weitere Stammzelllinien aus überzähligen Embryonen erübrigen.

Für den Theologen K. W. Merks (Tilburg, Nie-

derlande) ist die Frage nach Sukzessiv- vs. Simultanbeseelung noch nicht vom Tisch, auch scheint er skeptisch gegenüber der Personalität des menschlichen Lebens von der Befruchtung an („ist Person“ oder sei zu behandeln „wie eine Person“?). Um die Sukzessivbeseelung zu untermauern, zitiert er Kommentare von Karl Rahner aus den 1960er-Jahren (Gottes Wirken über Zweitursachen) und schließt mit einer vagen Befürwortung des Experimentierens mit Embryonen in ihrem Frühstadium. Besser wäre es vermutlich gewesen, er hätte ein medizinisches Standardwörterbuch zur Hand genommen: So beginnt die Schwangerschaft laut Psyhyrembel, dem klinischen Standardnachschielagerwerk, bereits bei der Befruchtung der Eizelle im Körper der Frau. Die befruchtete Eizelle ist also ein menschlicher Embryo im Frühstadium, auch wenn er sich noch nicht in die Gebärmutter-schleimhaut eingenistet hat. Die Frage nach einer „Sekunden“einteilung der Beseelung erübrigt sich, so muss hier kritisch hinzugefügt werden, in dem Moment, wo der Mensch allein aufgrund seiner Gattungszugehörigkeit – und nicht erst nach Vorweisen bestimmter Eigenschaften – vollen Menschenrechtsschutz und Personenschutz genießt.

Dasselbe gilt für den Philosophen Ludwig Siep (Münster), der sich dem Argument der Menschenwürde widmet, aber offen lässt – so sein Resümee –, ob den Blastozysten derselbe Menschenwürdebegriff zustehe wie geborenen Rechtspersonen. Er fühlt sich hier in guter Gesellschaft mit jenen Moralthologen, die mit der „Begriffsoffenheit“ operieren.

Moralthologie habe einen Normierungsbedarf, meint Jochen Sautermeister, katholischer Psychologe in München, wenn es um neuartige Handlungsweisen geht. Dabei betont er die Kluft, die sich zwischen begründbaren rechtlichen Normen und deren gesellschaftlicher Durchsetzbarkeit auftun kann. Eine dabei entstehende „provisorische Moral“ dürfe nicht als Resignation, sondern als Zeichen einer selbstreflektierten Ethik auf dem Wege zu allgemeingültigen sittlichen Urteilen verstanden werden.

Ein Theologe in einer staatlichen Ethikkommission hat kein leichtes Leben. Das bestätigt der Münsteraner Moralthologe Antonio Autiero. Wesentlich sei, die geeignete Sprache zu finden, die bei aller Klarheit und Kohärenz auf die Befriedung in einer pluralistischen Gesellschaft hinwirken solle.

Die amtierende Bundesministerin für Bildung und Forschung, Annette Schavan, müht sich durch alle Pro- und Contra-Argumente, die in der Stammzellgesetzdebatte durchgekaut wurden, verteidigt aber (wie nicht anders zu erwarten) den letztgültigen Gehalt des Gesetzes (Stichtagsverschiebung), den sie als Verbindung von Lebensschutz mit einem „schmalen, streng definierten Korridor für die Forschung“ sieht.

Inwieweit das kirchliche Lehramt in moralischen Fragen eine Regelungskompetenz habe, untersucht der Eichstätter Fundamentaltheologe Christoph Böttigheimer in seinem Beitrag, ausgehend von den „loci theologici“ des Melchior Cano (1563) bis zur Betonung des „unfehlbaren Glaubenssinns“ des Gottesvolkes durch das 2. Vatikanische Konzil (sensus fidei, Lumen Gentium 12), einer „allgemeinen Übereinstimmung des Gottesvolkes in Glaube und Sitte“. Diese ruhe wesentlich auf der universitären Theologie: Eine Kirche ohne Theologie verarmt und erblindet; eine Theologie ohne Kirche löst sich ins Beliebige auf (Josef Ratzinger, 1993). Es sei aber angebracht, dass das Lehramt dort, wo mehrere Lösungen möglich sind, dies auch zugeben und sich zurückhaltend äußern möge.

Stephan Goertz, katholischer Theologe an der Universität des Saarlandes, nimmt sich in einem moraltheologischen Plädoyer der „Würde des Kompromisses“ an. Bei der Frage der Stammzellforschung gehe es um das Ringen um einen ethisch relevanten sozialen Kompromiss. Ein Kulturkampf zwischen religiöser Überzeugung und akzeptierter Sozialpraxis müsse vermieden werden. Hier diene „das Modell einer christlich begründeten autonomen Moral der wechselseitigen Anerkennung von religiösen und nichtreligiösen Gliedern der Gesellschaft“. Das Problem, das sich aus so einem ethischen Minimal-

konsens kaum noch Positionen formulieren lassen, die einen absoluten Schutz des Ungeborenen fordern, lässt Goertz geflissentlich beiseite.

Was die Mitschuld am Embryonenverbrauch beim Import von ESZ betrifft, kommt Stephan Ernst, Moraltheologe in Würzburg, zu dem Schluss, dass der mit dem Stichtag geregelte Import keinerlei Mitwirkung bei der Produktion impliziere, während die Freigabe der Beschränkung durchaus als formelle Mitwirkung gesehen werden müsste. Anhand von *Evangelium vitae* (73/74) sieht er eine Neuinterpretation des Problems der „Mitwirkung“, der zufolge z. B. einem die Abtreibung eindeutig missbilligenden Abgeordneten gestattet sein könne, sich weiter mit dem Gewicht seiner Position und Person für Schadensbegrenzung einzusetzen, ohne einer permissiven Logik Vorschub zu leisten, wobei er durch seine oppositionelle Haltung beispielgebend für ungefestigte Abgeordnete wirken kann. Dies könne nun gleichermaßen auf den Embryonenschutz angewendet werden.

Im letzten Abschnitt des Buches („Perspektiven“) kommt der Münchner Philosoph und Jesuit C. Kummer zu den induzierten pluripotenten Stammzellen zu Wort und differenziert die Begriffe wie intrinsisches Potential und extrinsische Beeinflussung, Biofakte, Totipotenz und autonome Entwicklung. Claudia Wiesemann, Ethikerin in Göttingen, meint zur leiblichen und sozialen Dimension der Entstehung des Menschen, dass die Anwendung einer „Ethik des Fremden“ (Respekt vor Nichteinmischung) in der Mutter-Kind-Beziehung absurd wäre. Dennoch scheinen solche Tendenzen die natürliche elterliche Verantwortung für den Embryo bereits nachhaltig zu untergraben.

Auch der Freiburger Ethiker Giovanni Maio ortet die Entwicklung einer Schutzrhetorik, wenn es um die faktische Instrumentalisierung des Embryos gehe und kritisiert die gängige Terminologie und Praxis des „Embryonenverschleißes“ und der „Verwaisung“ von Embryonen, welche die „materielle“ Grundlage für die Stammzellforschung abgeben. Er prangert die Verführbarkeit der medi-

zinischen Praxis an, die glaubt, der Erfüllung von „Verheißungen“ gerecht werden zu müssen. Maio stellt klar, dass die Medizin selbst an „überzähligen“ Embryonen und „verwaisten“ Zygoten schuld sei, die jetzt zum verfügbaren „Material“ degradiert würden. Es liege auf der Hand, dass die Reproduktionsmedizin sich als Serviceunternehmen etabliert habe, das den Marktgesetzen gehorcht: Die steigende Nachfrage der kinderlosen Paare wird mit gesteigertem Angebot beantwortet. Mit der Propagierung der strengen Auslese (Single Embryo Transfer – STF) werde überdies eine noch größere Zahl von „überzähligen“ Embryonen in Kauf genommen. Die Debatte darüber nimmt Gegenwärtiges – in unstatthafter Weise – als Gegebenes hin. Die ehrliche Debatte um den Embryonenschutz müsse wohl oder übel um eine Debatte über die Vertretbarkeit der Reproduktionsmedizin selbst angereichert werden.

In einem Nachwort zieht der Herausgeber Hilpert versuchsweise eine Zwischenbilanz. Faktum sei die Pluralität, nicht nur zwischen Weltanschauung und Politik, sondern auch innerhalb moralischer Überzeugungen, selbst zwischen Christen.

Die theologische Ethik müsse jederzeit die Sorge um Fehlentwicklungen ernst nehmen, sich an der Implementierung ethischer Standards beteiligen und sich davor hüten, gegenüber dem Zeitgeist einen ohnmächtigen Rückzug anzutreten. Die Differenzen von rechtlichen und moralischen Normen dürfen durchaus bis zum zivilen Widerstand gehen (*Evangelium vitae* 68-74). Man darf sich aber fragen, wie dieser in den Köpfen und Herzen der Christen Fuß fassen soll angesichts der uneinheitlichen, von Moraltheologen vertretenen und teils weit vom kirchlichen Lehramt divergierenden Positionen (so die Befürwortung der IVF, der verbrauchenden Embryonenforschung, usw.). Bleibt zu hoffen, dass die medizinischen Fakten – nämlich die Unbrauchbarkeit der ES-Zellen für Therapien – den Ethikern und Theologen letztlich zur Seite stehen werden, um diese Praxis rückgängig zu machen.

F. Kummer

Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960 – 1980

Eva Maria Silies
Wallstein Verlag, Göttingen 2010
484 Seiten
ISBN 978-3-8353-0646-2

Gerade rechtzeitig zum „Jubiläum“ der „Pille“ erscheint diese Dissertation der Politik- und Kommunikationswissenschaftlerin in Buchform und beleuchtet den mit der Einführung hormoneller Kontrazeptionsmethoden einhergehenden Wandel innerhalb der westdeutschen Gesellschaft im Allgemeinen und des fraulichen Selbstverständnisses im Besonderen. Die Untersuchung stützt sich auf ein breites Spektrum an Primärquellen, darunter mündliche Überlieferungen von 17 Zeitzeuginnen der Geburtsjahrgänge 1940 bis 1954, 26 einschlägige Illustrierte und Zeitungen der Jahre 1960 bis 1980, sowie Dokumentationen von Pharmafirmen, Umfragen demoskopischer Institute und Bundesarchive.

Im ersten Kapitel behandelt die zunächst chronologisch aufbereitete Studie die Markteinführung der Pille in ihren Anfängen (1961 – 1966), während welcher insbesondere Ärzte und Pharmafirmen, aber auch die Frauen selbst große Zurückhaltung an den Tag legten, gleichzeitig aber der Schwarzmarkt florierte. Von einer Befreiung der Frau aus den Zwängen der Mutterschaft und einer drohenden Überbevölkerung war einerseits die Rede, andererseits von unbekanntem gesundheitlichen Schäden und Langzeitfolgen der Hormonpräparate, sowie einem drohenden Sittenverfall. Die sog. Ulmer Denkschrift wird eingehend erörtert, hier aber wie ein braunes Pamphlet abgehandelt.

Die zweite Phase der Pillennutzung (1967 – 1972) beschreibt ihren Siegeszug und ihre zunehmende Verbreitung – in erster Linie durch *bravo* und *twen* – auch bei jungen, unverheirateten Frauen. Hand in Hand kam es zu einer Liberalisierung der sexuellen Sitten und der Sprechweise über Sexualität bzw. schließlich zu einer Politisierung der Fragen von Sexualität und Moral. In diese Phase fällt auch

die Veröffentlichung und anschließende Diskussion der Enzyklika *Humanae vitae*, der die Autorin ein eigenes Kapitel widmet. Richtig erkennt sie, dass ihre Ablehnung eine Glaubenskrise unter den Katholiken offenbarte. Der in diese Zeit fallende sog. Pillenknick (Rückgang der Geburtenziffer von über 2,5 auf unter 1,5) sei nicht allein auf die Pille zurückzuführen.

In der angesprochenen dritten Phase (1973 – 1979) kommt die Neue Frauenbewegung zu Wort. Diese geht auf deutliche Distanz zur Pille. Sie habe die verheißene Selbstbestimmung und Gleichstellung der Frau verfehlt und sei ein Instrument der sexuellen Unterdrückung und der körperlichen Verstümmelung von Frauen. Dass schon der Papst Jahre früher ähnlich argumentiert hatte, bleibt hier unerwähnt. Zaghafte Versuche der Frauenberatungsstellen zur Natürlichen Familienplanung zurückzukehren blieben ohne nachhaltigen Erfolg. Zu sehr hatten die Frauen bereits in Beruf und Karriere ein besseres Mittel gefunden, ihr Selbstbewusstsein zur Geltung zu bringen.

Außer der chronologischen bildet die psychologische Aufbereitung der Pillenverbreitung die eigentlich originale Leistung von Silies Arbeit. Dabei beschreibt sie die Rolle der Pille bei der Ausprägung einer neuen gemeinschaftlichen Erfahrung junger Frauen. Diese bewirkte eine Distanzierung von der Elterngeneration, die diese Erfahrung nicht teilten, und eine Solidarisierung unter den Frauen selbst. Sie begannen frei über ihre Gefühle zu sprechen und sich mit ihrer Leiblichkeit auseinander zu setzen. Die Interaktion mit Film, Medien und politischen Bewegungen (die sog. 68er) beförderte die Durchbrechung geltender Tabus, z. B. im Verhältnis zu vorehelichem Verkehr und zum weiblichen Rollenverständnis. Auch die ärztliche Autorität wurde zunehmend hinterfragt. Silies gelingt es meisterhaft, diese neuen Erfahrungen in authentischen Erzählungen lebendig werden zu lassen. Dabei verschweigt sie nicht die Ambivalenz, welche die Pillenerfahrung mit sich brachte: einerseits das Gefühl, nun ohne Angst vor einer Schwangerschaft

mit einem Mann verkehren zu können, andererseits das Eingeständnis, sich ihm viel schwerer entziehen zu können und die Risiken und Kosten der Verhütung einseitig tragen zu müssen.

Die Autorin ist um eine objektive Darstellung bemüht, wie sie einer wissenschaftlichen Studie zukommt, was indes angesichts der vielschichtigen und unterschiedlich besetzten Materie hier nur ein Desiderat bleiben kann. Nicht verheimlichen kann Silies ihre eigene geistige Heimat: „Aufgeklärt“ und „liberal“ erscheinen selbstverständlich positiv konnotiert, während „religiös“ den Beigeschmack von „ideologisch“ und „restriktiv“ erhält.

Das Buch ist mit zahlreichen Fußnoten und einem umfassenden Quellenverzeichnis versehen. Zusammenfassungen am Schluss eines jeden Kapitels und ein alphabetisches Stichwortverzeichnis erleichtern die Orientierung. Das Buch dokumentiert ein bedeutendes und bisher vernachlässigtes Kapitel der jüngeren Gesellschaftsgeschichte, dessen Relevanz eher zunehmen wird. Zu wünschen wäre, dass eine ähnlich umfassende Dokumentation auch die nachfolgenden Dekaden behandelt.

W. Rella

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schrifthöhe) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

1. General Remarks

Submission of an article for publication implies the transfer of the comprehensive copyright from the author to IMABE as publisher, including the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

By establishing manuscripts, the following guidelines should be respected:

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF). The manuscript may not exceed 15 pages when printed (reference list included).

2. Formation of Manuscripts

First page:

1. Title
2. Names of all authors
3. Contact address
4. Abstract in English (max. 1000 characters including whitespace characters) and max. 3 – 5 keywords
5. Zusammenfassung in German translation of the abstract (can be provided by the editor).

Pages should carry consecutive numbers, including those of the reference list. Acknowledgements should be placed between end of text and references. For citation of references the automated footnotes of the file format

should be used. Tables and figures should be placed adjacent to the corresponding text. All illustrations need to be in print quality with a minimum font size of 2 mm. The author will receive 3 copies of the published issue. Other reprints can be ordered at the expense of the author.

3. References

Articles from journals are cited in the following manner:

1. All Authors, or first author plus “et al.”, followed by initials of first name in capital letters.
2. Title
3. Journal in standardized abbreviation (Index Medicus)
4. Year in parentheses followed by semicolon
5. Volume followed by colon
6. Initial and final page

Example: MacKenzie T. D. et al, *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Citation of monographs and books:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Publishing company
4. Locations of publishing company
5. Year in parentheses
6. Indication of pages (from – until)

Example: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59-79

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2010: Nr 1: Sucht und Alkohol, Nr. 2: Die Pille danach, Nr. 3: AIDS (1) – Die Infektion und ihre Verbreitung, Nr. 4: AIDS (2) – Prävention und Therapie

2009: Nr. 1: Grenzen der Sozialmedizin, Nr. 2: Familie und Krankheit, Nr. 3: Burnout

2008: Nr. 1: Ethik in der Schönheitsmedizin, Nr. 2: Der ethische Ruf der Pharmaindustrie, Nr. 3: Stammzellen, Nr. 4: Gender

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo, Nr. 3: Präimplantationsdiagnostik

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

Vorschau

Imago Hominis · Band 18 · Heft 1/2011

Schwerpunkt: Fehlerkultur in der Medizin

Editorial	255	
Current Issues	257	Susanne Kummer A Questionable Nobel Prize
	260	Friedrich Kummer New Guidelines for Good Medical Communication Practice
Focus	263	Walter Rella, Johannes Bonelli, Susanne Kummer Fifty Years of "The Pill": Risks and Consequences
	275	Siegfried Baur The Scientific Bases of Natural Family Planning
	291	Angelika Pokropp-Hippen The Psychodynamics of Gestational Conflict
	305	Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz Being Different
	315	Katharina Westerhorstmann Putting Sexuality in Order: On the Virtue of Chastity
Discussion	331	Hans-Bernhard Wuermeling Bio-Politics: Obfuscation By Word Manipulation
News	335	
Journal Review	339	
Book Reviews	341	