

Band 12 - Heft 3 - 2005

IMAGO HOMINIS

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 12 - Heft 3 - 2005



ETHIK DER REPRO-
DUKTIONSMEDIZIN

3
2005

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Friedrich KUMMER

Enrique H. PRAT

Schriftleitung:

Notburga AUNER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Elisabeth HASELAUER (Soziologie, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Gunther LADURNER (Psychiatrie, Salzburg)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerliches Recht, Salzburg)

Hildegunde PIZA (Plastische Chirurgie, Innsbruck)

Gottfried ROTH (Neurologie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Das IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das IMABE-Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	169
AUS AKTUELLEM ANLASS	
M. SPATZENEGGER <i>Apotheker im Gewissenskonflikt. Auseinandersetzungen um die „Pille danach“ in den USA</i>	172
E. H. PRAT <i>Pharmaindustrie: Bitte keine Ratschläge zum Sexualverhalten!</i>	177
IMABE-INSTITUT <i>Stellungnahme zum Entwurf der Gesetzesnovelle des Gentechnikgesetzes</i>	179
SCHWERPUNKT: Ethik in der Reproduktionsmedizin	
N. AUNER, K. RADNER <i>Risiko der späteren Schwangerschaft</i>	181
T. PISKERNIGG <i>Ist die Fristenlösung unantastbar? Die Neuregelung der Strafbarkeit der Abtreibung durch das Strafgesetzbuch (StGB) 1974 und ihre Einordnung in das österreichische Recht</i>	195
G. WERNER-FELMAYER <i>Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware</i>	207
FREIES THEMA	
H. KOPETZ <i>Biopatentierung zwischen rechtlicher Regelung und ethischer Herausforderung</i>	217
KOMMENTAR	
W. WALDSTEIN <i>Zum Ergebnis des Prüfungsverfahrens der Volksanwaltschaft betreffend einen Lehrausgang einer vierten Hauptschulklasse in eine Abtreibungsklinik</i>	225
DISKUSSIONSBEITRAG	
A. LANFRANCHI <i>The Breast Physiology and the Epidemiology of the Abortion Breast Cancer Link</i>	228
NACHRICHTEN	237
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	240
BUCHBESPRECHUNGEN	243

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Prim. 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, Telefon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org/>
DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803
Schriftleitung: Dr. Notburga AUNER
Redaktion/Nachrichten: Dr. Marion STOLL, Maria SCHÖRGHUBER
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, Satz, Graphik und Produktion: Robert GLOWKA
Herstellung: Buchdruckerei E. BECVAR GESMBH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien
Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA
Einzelpreis: Inland EUR 10.-, Ausland EUR 12.-,
Jahresabonnement: Inland EUR 35.-, Ausland EUR 40.-, Studentenabo EUR 20.-, Fördererabo EUR 80.-
Abo-Service: Robert GLOWKA
Bankverbindung: CA AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;
IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW
Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien
Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.
Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.
Einladung und Hinweise für Autoren:
Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln,
ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mit-
gliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.
Das IMABE-Institut 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: 1. Oktober 2005

Es ist ein wahres Dilemma, in dem sich die Gesellschaft unserer Tage in Hinblick auf die Reproduktionsmedizin befindet: Auf der einen Seite werden alle nur irgend möglichen Mittel angewandt und mit wissenschaftlicher Akribie entsprechende Methoden verfeinert, um Frauen in späten fruchtbaren Jahren nach einer erfolgreichen Berufskarriere noch zum Mutterglück zu verhelfen. Auf der anderen Seite hingegen verfechten verschiedenste Gruppierungen von Feministinnen mit unglaublicher Vehemenz ein angebliches Recht auf Abtreibung.

In der demographischen Entwicklung der letzten Jahrzehnte zeichnete sich, wie bereits allseits bekannt, eine doch eindrucksvolle Tendenz hin zu einer Überalterung der Gesellschaft ab. In solch eine kontrastreiche Situation hinein ist der Kinderwunsch eines Paares nicht nur auf personaler und familienpolitischer Ebene zu begrüßen, sondern auch aus gesellschaftspolitischer und ebenso aus wissenschaftlicher Sicht zu unterstützen. Keine Frage: Wie sehr sich die Forschung auch in den letzten Jahren darum bemüht hat, die Ursachen von Unfruchtbarkeit auszumachen oder die Fruchtbarkeit zu fördern, beschränkte sie sich doch leider großteils auf die wenig in die Tiefe gehende und zudem auch ethisch nicht unumstrittene Methode der in-vitro-Fertilisierung (ivF). Eine Lösung, die nicht an die Wurzel der Problematik heranreicht. Denn jede wissenschaftliche Vorgangsweise muss, um sich Fortschritt nennen zu können, an die Basis gehen, ein Problem von seiner Grundlage her erörtern, um im Anschluss daran auch von Grund auf wirksame, sinnvolle und ethische Lösungen vorschlagen zu können. Oberflächlich gelegene Scheinlösungen sind vielleicht dafür geeignet, in der wissenschaftlichen Entwicklung schneller vorwärts zu kommen, in Wahrheit aber vertiefen sie die Kluft hin zu den eigentlichen Problemen.

Zum einen provozieren sie die Gefahr, schließlich von den eigentlichen Problemstellungen selbst abgekoppelt zu werden und eine Eigendynamik zu entwickeln. Das wäre in diesem Fall die Abkoppelung der ivF von der Unfruchtbarkeit, wie das in manchen Zielsetzungen der ivF durchaus schon gegeben ist (was nicht bedeuten soll, dass die ivF als Reaktion auf Infertilität ethisch annehmbar wäre). Die im Rahmen der ivF durchführbare Pränataldiagnostik mit dem primären Ziel, lebensunfähige (oder weiter gefasst: behinderte oder auch nur für die Entwicklung einer bedrohlichen Krankheit gefährdete) Menschen nicht zur Welt kommen zu lassen (ganz abgesehen auch von der mancherorts schon praktizierten Geschlechtsselektion), setzt die Unfruchtbarkeit eines Paares für die Anwendung dieser Methode nicht mehr voraus. Der Kinderwunsch, der vormals aufgrund biologischer Gegebenheiten nicht verwirklicht werden konnte, wird zum Wunsch nach einem gesichert gesunden Kind, das höchstwahrscheinlich auch auf natürliche Weise empfangen und geboren werden könnte. Nicht genug damit: Über die Verbannung der Befruchtung in das Reagenzglas hinaus gibt es nun sogar Bestrebungen, künstliche Gebärmütter zu entwi-

ckeln, um den Reproduktionsvorgang schließlich endgültig vom fortpflanzungswilligen Paar zu trennen.

Zum anderen – und das dürfen wir nicht vergessen – hat auch erst die ivF es ermöglicht, menschliches Leben im Reagenzglas verfügbar und beforschbar zu machen. Die Stammzellforschung und letztlich auch jegliche Klonversuche entstammen, wenn man mit Konsequenz zu Ende denkt, der Entwicklung der ivF. Auf dem Gebiet der Stammzellforschung wurde im Zusammenhang mit dem Klonen vor kurzem von großen Erfolgen, ja Sensationen, berichtet: Nach dem letztjährigen großen medialen Aufschrei über das erstmalige therapeutische Klonen eines menschlichen Embryonen berichtete der Veterinärmediziner HWANG vor wenigen Wochen über einen erneuten menschlichen Klonvorgang, diesmal mit deutlich gesteigerter Effizienz der Methode.

Was vormals als Technik für einen ganz bestimmten Zweck entwickelt wurde, nämlich um einem unfruchtbaren Paar zum erhofften Nachwuchs zu verhelfen, wurde nun über zahlreiche Entwicklungsschritte und Anwendungsausweitungen hinweg zu einer Basistechnik und Grundlage für ganz unterschiedliche, zu Beginn der Forschung noch völlig ausgeschlossene Zwecke und Zielsetzungen.

Auf der anderen Seite ein weiteres Extrem, diametral zu jenem der in-vitro-Fertilisierung samt der Pränataldiagnostik: die Abtreibung. Was einerseits so unbedingt gewünscht und ersehnt wird, so sehr, dass man sogar vom *Recht auf ein gesundes Kind* spricht, wird andererseits abgelehnt und vernichtet, unabhängig davon ob krank oder gesund. Das *Recht auf Abtreibung* als Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben der Frauen. Welch verkürzende Sichtweise der Freiheit und Selbstbestimmung, die hier auf eine – auch nur dem Anschein nach bestehende – Wahlfreiheit beschränkt wird.

Diese verschiedenen Aspekte der Reproduktionsmedizin und ihre sozialpolitischen Implikationen haben sich in den vergangenen Jahren und Monaten unumstritten ihren Platz in der Tagespresse gesichert. Von anfänglich zögerlichen Berichten vor Jahren scheinen sich nun fortpflanzungsmedizinische Themen zum wahren medialen Dauerbrenner entwickelt zu haben. Im vorliegenden Heft wollen wir einige wenige der vielen ethischen Fragen, die die Reproduktionsmedizin aufwirft, darlegen und diskutieren. Fakten in den Bereich der vagen Meinung und Unsicherheit, und Licht in das Dunkel der Datenfülle soll der Beitrag von N. AUNER, K. RADNER zur späten Mutterschaft und deren Risiken bringen. Wie gefährvoll für Kind und Mutter sind späte Schwangerschaften wirklich? Ist es gerechtfertigt, einer Frau im Alter von über 35 Jahren von einer Schwangerschaft in Hinblick auf mögliche Komplikationen abzuraten? Im Aufsatz von T. PISKERNIGG geht es vornehmlich um die rechtliche Darstellung der in Österreich seit 1975 geltenden Fristenlösung. In der Tat zeigt sie sich in ihrer gesamtrechtlichen Einordnung nach wie vor „als Fremdkörper in unserer auf der unveräußerlichen Menschenwürde basierenden Rechtsordnung“. Wie ist die Abtreibung einzustufen: als rechtmäßig oder rechtswidrig, als erlaubt oder verboten? Gibt es ein Recht auf Abtreibung? Gerade dies ist ja eine

der Forderungen jener emanzipatorischen Bewegungen, vor allem auch in solchen Ländern, in denen die Abtreibung schlichtweg verboten ist. Wie ist die Gesetzeslage in Österreich zu beurteilen?

Wie problematisch die Reproduktionsmedizin auch im Hinblick auf die Eizellgewinnung ist, wird im Beitrag von G. WERNER-FELMAYER thematisiert. Es handelt sich dabei um einen Aspekt, der kaum je zur Sprache gebracht wird. In dieser Ausgabe erscheint auch erstmals ein Artikel unter der Rubrik „Freies Thema“. H. KOPETZ stellt von juristischer und ethischer Seite die Problematik des Patentrechts in Bezug auf biologisches Material dar.

Die Herausgeber

Apotheker im Gewissenskonflikt. Auseinandersetzungen um die „Pille danach“ in den USA

Margit SPATZENEGGER

Wie in vielen europäischen Staaten ist die „Pille danach“ seit Jahren auch in den USA erhältlich. Ähnlich wie bei anderen Arzneimitteln ist auch in diesem Fall der Apotheker für die Abgabe der „Pille danach“ verantwortlich. Die Weigerung von Apothekern aus Gewissensgründen beziehungsweise aus moralischer oder religiöser Überzeugung, die „Pille danach“ auszuhändigen, führte nun zu einer verstärkten öffentlichen Diskussion in den USA, die bereits die Politik zum Handeln bewegt hat. Während die einen die Gewissensfreiheit des Apothekers verstärkt schützen wollen, gibt es andere Gesetze, die den Apotheker unter Androhung von Strafe oder disziplinarer Maßnahmen zur Abgabe der „Pille danach“ verpflichten sollen. Beide Seiten berufen sich dabei auf ethische Pflichterfüllung. In dieser Situation muss sich der Apotheker folgende Frage stellen: Sieht er seine Pflichterfüllung in der Rolle eines passiven Roboters, der Arzneimittel nach Verordnung aushändigt, oder als professioneller Mitarbeiter im Gesundheitswesen, der sich seiner Verantwortung an der Mitwirkung einer möglichen abortiven Wirkung durch die „Pille danach“ voll bewusst ist?

Die Gesetzeslage

Sowohl staatliche Gesetze als auch Vorschriften der Food and Drug Administration (FDA) regeln die Abgabe der „Pille danach“. Zunächst eine Übersicht zum Arzneimittelgesetz: Die in den USA als Plan B bezeichnete „Pille danach“ unterliegt grundsätzlich der Rezeptpflicht und darf daher nur nach Verschreibung durch einen Arzt vom Apotheker abgegeben werden. Ein Antrag auf Bewilli-

gung zum over-the-counter (OTC-)Verkauf, das heißt ohne ärztliche Verschreibung, wurde Ende August von der FDA abgelehnt.¹ Allerdings stellt sich die Gesetzeslage beim genaueren Hinsehen viel komplexer und in den einzelnen Staaten unterschiedlich dar. So erlauben 43 Bundesstaaten der USA sogenannte „collaborative agreements“, das sind freiwillige Übereinkommen, in denen der Arzt die Ausstellung des Rezeptes mittels eines schriftlichen Protokolls an den Apotheker delegiert. Die Auslegung dieses Übereinkommens weist allerdings beträchtliche Unterschiede in den einzelnen Staaten auf. Alaska, Californien, Hawaii, Maine, New Mexico und Washington erlauben mittlerweile den direkten Bezug dieses Arzneimittels in der Apotheke, was einem OTC-Status gleichkommt.² In New York und Massachusetts wurden entsprechende Gesetzesanträge vor kurzem abgelehnt.¹

Wie aber sieht die Abgabepflicht von Seiten des Apothekers aus, falls er diese aus Gewissensgründen verweigert? Allein anhand der unterschiedlichen, oft gegensätzlichen Gesetzesregelungen in den einzelnen Staaten wird klar, dass die Auseinandersetzung von den verschiedenen Interessensgruppen öffentlich und mit aller Härte geschieht: Während Bundesstaaten wie Illinois, Massachusetts und North Carolina Geldstrafen bei Weigerung des Apothekers, die „Pille danach“ abzugeben, eingeführt haben, dürfen Apotheker in Arkansas, Georgia, Mississippi und South Dakota aufgrund spezifischer „conscience clause“ Gesetze (Gewissensklausel) für Pharmazeuten entsprechende Rezepte zurückweisen. Das Gesetz besagt, dass kein Pharmazeut verpflichtet werden kann, ein Arzneimittel abzugeben, wenn dieses Arzneimittel ein ungeborenes Kind

zerstört. Wobei als „ungeborenes Kind“ auch die befruchtete Eizelle noch vor der Implantation im Uterus definiert wird.³ Zwar haben seit 1997 28 Staaten Gesetze eingeführt, die eine Abgabeverweigerung aufgrund moralischer oder religiöser Gründe erlauben, sehr viele Staaten jedoch schreiben eine Abgabepflicht unter Berufung auf einen Ethikkodex vor, wobei eine Abgabeverweigerung einer Verletzung des Hippokratischen Eids gleichgesetzt wird.^{4,5} In Illinois wurde gar ein Notfallparagraf eingeführt, der die Apotheker verpflichtet, die „Pille danach“ auf Lager zu haben und sie ohne Verzögerung abzugeben.⁶

Warum aber spitzt sich die öffentliche Debatte um die Abgabeverweigerung der „Pille danach“ so zu, dass sogar spezifische Gesetze für Apotheker geschaffen werden müssen?

Kontrazeption oder Abtreibung?

Infolge des Urteilsspruches ROE v. WADE 1973 erließen die US-Regierung und die meisten Bundesstaaten sogenannte „conscience clauses“, die Ärzten die Verweigerung der Teilnahme an einer Abtreibung erlauben.⁷ Diese Gesetzesregelung bezieht sich jedoch im Allgemeinen nicht auf Apotheker, da diese ja nicht direkt an Abtreibungen beteiligt sind. Die „Pille danach“ wird von Wissenschaftlern, Medizinern und offensichtlich auch von den Gesetzgebern in den USA nicht als Mittel zur Abtreibung, sondern als Kontrazeptivum eingestuft. So ist im New England Journal of Medicine zu lesen: „Plan B...hat keine Auswirkung auf bestehende Schwangerschaften und wirkt durch mehr als einen physiologischen Mechanismus... Diese Dualität erlaubte der Catholic Health Association, ihren religiösen Glauben mit dem Mandat des Staates Washington zu versöhnen, das eine Abgabe der „Pille danach“ an Vergewaltigungsoffer fordert... Man kann auch nicht sicher sein, dass überhaupt eine Empfängnis stattfand“.⁸ Zwar wird in Fachinformationen immer wieder auf

den unklaren Wirkmechanismus der „Pille danach“ hingewiesen. Tatsächlich beruht die Wirkweise der „Pille danach“, die eine hohe Dosis eines Gestagens enthält, einerseits in einer Unterbindung der Ovulation, andererseits aber in einer Hemmung der Nidation der bereits befruchteten Eizelle. In der Fachinformation zu Vikela®, einer österreichischen Variante der „Pille danach“ findet sich folgender Hinweis: „Möglicherweise verhindert es auch die Nidation“.⁹ Aussagen wie in der oben zitierten Fachzeitschrift sind nur eine logische Schlussfolgerung aus den sowohl im Deutschen als auch im Englischen verwendeten Bezeichnungen: „Notfallkontrazeption“ und „emergency contraception“, aber auch „Pille danach“ und „morning after pill“ bezeichnen ja eine Verhinderung der Konzeption und nicht eine abtreibende Wirkung, wobei bei genauerem Hinhören die letzteren Bezeichnungen in sich widersprüchlich sind. Diese gesetzliche Interpretation wie auch die sprachliche Verschleierung der wahren Tatsachen tragen zur spezifischen Situation des Apothekers bei. Berichte von Fällen über die Verweigerung der Abgabe der „Pille danach“ in den Medien zeigen zudem sehr deutlich, dass der amerikanischen Öffentlichkeit der Unterschied zwischen Kontrazeptivum und „Pille danach“ nicht klar ist.¹⁰

Eine Folge der engen Interpretation der „conscience clause“ Gesetze könnte auch die Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Apothekern sein.

Konflikt zwischen Arzt und Apotheker

Interessanterweise werden Apotheker, die die Abgabe der „Pille danach“ verweigern, insbesondere von jener Berufsgruppe unter Druck gesetzt, für die die „conscience clause“ Gesetze zuerst erlassen wurden, nämlich von den Ärzten. In einer Umfrage sprachen sich 85% der Ärzte dagegen aus, dass Apotheker die Abgabe von Arzneimitteln aufgrund persönlichen

Glaubens verweigern.¹¹ Im Juni dieses Jahres entschied die American Medical Association (AMA) aufgrund der Abgabeverweigerung der „Pille danach“ durch Apotheker, gesetzliche Bestimmungen zu verlangen, die es dem Arzt erlauben, Arzneimittel abzugeben, wenn kein Apotheker im Umkreis von 30 Meilen willens ist, diese abzugeben. Weiters sollen Apotheker von Seiten der AMA unter Druck gesetzt werden, den ethischen Richtlinien für die Bereitstellung von medizinischer Hilfeleistung zu folgen. Dies hätte weitreichende Konsequenzen für die gesetzliche Aufgabenverteilung von Ärzten und Apothekern.¹² Die American Pharmacist Association (APhA) selbst anerkennt das individuelle Recht des Apothekers, Gewissensverweigerung auszuüben. APhA verlangt, dass die gleichen Verweigerungsrechte aus Gewissensgründen, die auch für Ärzte und Krankenschwestern gelten, auch für Apotheker gültig sind. Allerdings sollten Apotheker den Patienten nicht den Zugang zu einer Therapie verweigern.¹³

Amerikanische Lösungsansätze

Im Konflikt um die Abgabeverweigerung der „Pille danach“ durch die Apotheker werden sowohl von den einzelnen Interessensvertretungen als auch mit Hilfe der nationalen Behörden Lösungen gesucht. Eine mehr als fragliche und höchst unverantwortliche Lösung wäre die Verschreibung der „Pille danach“ schon im Vorhinein, damit sich die betroffenen Frauen „ohne Zeitnot“ bei einer „abgabewilligen“ Apotheke das Arzneimittel abholen können und es auch jederzeit zur Verfügung haben.¹⁴ Weiters wird von Apothekern gefordert, im Falle einer Abgabeverweigerung die Abgabe an einen Kollegen oder an eine andere Apotheke zu delegieren. Falls die Apotheke die „Pille danach“ auf keinen Fall abgibt, sollte durch ein Schild darauf hingewiesen werden. Der diensthabende Apotheker sollte auch bereitwillig kostenfreie Telefonnummern

wie beispielsweise von Planned Parenthood zum Bezug des Medikaments weitergeben.¹⁵ Wie bereits oben erwähnt fordert die AMA, die „Pille danach“ selbst abgeben zu dürfen, falls dies Apotheken im Umkreis von 30 Meilen verweigern. Die Zulassung von Plan B zum OTC-Verkauf, die die Rezeptpflicht für die „Pille danach“ aufheben würde, wurde von der FDA auf unbestimmte Zeit verschoben, da es für die FDA schwierig erscheint, das Verkaufsverbot für junge Frauen bis zum 17. Lebensjahr in die Praxis umzusetzen.¹

Es ist bemerkenswert, dass die Auseinandersetzung um die „Pille danach“ in den USA auf sehr breiter Basis und offen ausgetragen wird. Es darf jedoch gerade anhand der oben angeführten Lösungsansätze bezweifelt werden, ob diese Vorschläge dem zugrundeliegenden ethischen Konflikt tatsächlich Rechnung tragen oder nicht eher ausweichende Konsenslösungen sind.

Ethische Überlegungen

Trotz der breiten wissenschaftlichen und politischen Analyse werden viele ethische Kernpunkte dieses Konfliktes außer Acht gelassen oder bewusst verschleiert. Auf einige soll im Folgenden kurz näher eingegangen werden:

Der Gewissenskonflikt beziehungsweise die Verweigerung der Abgabe aufgrund des Gewissens ist zwar unbestrittener Ausgangspunkt der Diskussion. Der Beweggrund für die verweigerte Aushändigung, nämlich die Ablehnung der Mitwirkung (cooperatio) an einer moralisch verwerflichen Tat, die die mögliche Abtreibung eines Embryos zum Ziel hat, wird nicht näher beleuchtet. Die Verantwortung des Apothekers durch seinen Beitrag geht im Netzwerk professioneller Verpflichtungen gegenüber Arzt und Patienten unter. Sogenannte Notfallparagrafen wie in Illinois, die den Apotheker gesetzlich verpflichten, die „Pille danach“ abzugeben, degradieren den Apotheker zu einem willenlosen Roboter ohne Verantwortung. Oder aber ist der modernen Gesellschaft das

Empfinden für die personale Verantwortung an einer „cooperatio“ verloren gegangen? Die Tatsache, dass mehrere Personen an einer ethisch bedenklichen Tat mitwirken, vermittelt vielleicht subjektiv das Gefühl, keine Verantwortung dafür zu übernehmen. Die objektive Schuld des Mittäters wird aber noch höher, da er durch seine Mittäterschaft den anderen in seiner Überzeugung bestärkt (Anstiftungseffekt). Eine genauere ethische Analyse, inwiefern es sich bei der Abgabe der „Pille danach“ um eine solche Mitwirkung handelt, ist in dieser Überblicksarbeit nicht möglich. Zwei Fragen sollen aber in diesem Zusammenhang zum Nachdenken anregen: Inwieweit kann der Apotheker durch Delegieren und durch Angabe von Telefonnummern von Organisationen, die „die Pille danach“ unterstützen, seinen Protest geltend machen? Wandelt sich so die formelle Mitwirkung mit inhaltlicher Bejahung in eine ethisch indifferente Handlung und bloß materielle Mitwirkung?

Aber nicht nur das geringe Verständnis für die Mitverantwortung des Apothekers, sondern die Verschleierung und Schönfärbung wissenschaftlicher Tatsachen sogar durch wissenschaftliche Fachzeitschriften, erschwert die ethische Argumentation für einen Apotheker. Ärzte dürfen eine Abtreibung aus Gewissensgründen verweigern. Die „Pille danach“ wird aber nicht unter abortiven Arzneimitteln, sondern unter Kontrazeptiva, die eine Befruchtung verhindern, angeführt. Sprachliche Manipulation hat offensichtlich genügend Überzeugungsarbeit geleistet, um die wissenschaftlichen Tatsachen einer eindeutig abortiven Wirkung nach erfolgter Befruchtung zu verschleiern. Dass sich hinter dieser sprachlichen Überzeugungstaktik eine Ideologie verbirgt, die menschliches Leben zwar ab der Befruchtung, aber personales und somit schützenswertes Leben frühestens ab der Nidation annimmt und damit den Lebensanfang und die Würde eines Menschen als unbestimmt ansieht, ist offensichtlich. Eine Verweigerung der Abgabe der „Pille danach“

kann daher leicht als individuelle Glaubensüberzeugung ohne objektiv begründbare Tatsachen abgetan werden.

Was aber ist das objektive Gut, um das es hier geht? In einer ethischen Betrachtung sind letztlich weder die Rechte und Pflichten des Apothekers, noch die Rechte des Patienten (right to privacy) oder der verschreibenden Ärzte alleine ausschlaggebend. Es geht um das persönliche Gut einer Frau, die sich scheinbar oder tatsächlich in einer Notlage befindet, die aber nicht durch Krankheit bedingt ist, sondern durch eine mögliche Verantwortung für einen neuen Menschen. Durch „die Pille danach“ wird nicht nur dieser neue Mensch abgelehnt und vernichtet, sondern auch die Frau zu einem bloßen Objekt herabgesetzt.

Fazit

Die breite öffentliche Auseinandersetzung um die Abgabeverweigerung der „Pille danach“ aus Gewissensgründen in den USA weist auf die Komplexität dieser ethischen Fragestellung hin. Einfache Lösungen auf der Basis der Konsensethik oder mit Hilfe von Gesetzen genügen allerdings nicht, da sie in vielen Fällen die Eigenverantwortlichkeit des Apothekers negieren beziehungsweise die eigentlichen ethischen Probleme nicht berühren.

Dr. Margit SPATZENEGGER
Pötzleinsdorferstraße 21-23/2/5
A-1180 Wien
Margit.Spatzenegger@gmx.net

Referenzen:

- 1 GARDINER H., *Official quits on pill delay at the FDA*, The New York Times, September 1, 2005
- 2 VAN RIPER K. K., HELLERSTEDT W. L., *Emergency contraceptive pills: Dispensing practices, knowledge and attitudes of South Dakota Pharmacists*, Persp Sexual Reprod Health (2005); 37: 19-24
- 3 South Dakota House Bill No. 1244, Mar. 14, 1998
- 4 GREENBERGER M. D., VOGELSTEIN R., *Pharmacist refusal: A threat to women's health*, Science (2005); 308: 1557-1558

- 5 ALTA CHARO R., *The celestial fire of conscience-refusing to deliver medical care*, N Engl J Med (2005); 352: 2471-2473
- 6 MANASSE H. R., *Conscientious objection and the pharmacist*, Science (2005); 308: 1558-1559
- 7 SONFIELD A., *New refusal clauses shatter balance between provider conscience, patient needs*, The Guttmacher Report on Public Policy 7.3: 1, 2004
- 8 CANTOR J., BAUM K., *The limits of conscientious objection- May pharmacists refuse to fill prescriptions for emergency contraception?*, N Engl J Med (2004); 351, 2008-2012
- 9 Austria Codex Fachinformation 2004/2005, Band 3, S. 6429
- 10 STEIN R., *Pharmacists' rights at front of new debate*, Washington Post, A01, March 28, 2005
- 11 WIEBE C., *Pharmacists speak on the "right to refuse"*, Medscape 08/11/05
- 12 HOPKINSTANNE J., *American Medical Association fights pharmacists who won't dispense contraceptives*, Br Med J (2005); 331: 11
- 13 PECK P., *AMA: Physicians charge pharmacists with interference care*, MedPage Today, June 20, 2005
- 14 KARASZ A., TAN KIRCHEN N., GOLD M., *The visit before the morning after: Barriers to preprescribing emergency contraception*, Ann Family Med (2004); 2
- 15 HEPLER C. D., *Balancing pharmacists' conscientious objections with their duty to serve*, J Am Pharm Assoc (2005); 45: 434-436

Pharmaindustrie: Bitte keine Ratschläge zum Sexualverhalten!

Enrique H. PRAT

Es ist nicht ganz abwegig, dass Frauen darüber beraten werden wollen, ob und welche Kontrazeptiva sie verwenden können. Sicher aber wollen sie keinen Ratschlag der Pharmaindustrie.

Mitte Juli 2005 hat die Österreichische Tochter von Wyeth, Wyeth Lederle Pharma GesmbH, eine Studie in Wien präsentiert, die sie in Auftrag gegeben hatte: „Was Frauen wollen – Wünsche und Anforderungen von Frauen beim Thema Verhütung“. Warum geht Wyeth gerade mit dieser Studie an die Öffentlichkeit?

Der Geschäftsführer des Unternehmens sagte in der Pressekonferenz, dass die Studie in Auftrag gegeben wurde, weil sie über das Verhütungsverhalten der Frauen in Österreich Bescheid wissen wollten. Damit sagen sie nichts über ihre Motivation aus, denn sie geben nur das Faktum bekannt, dass sie den Auftrag erteilt haben. Er führte auch an, dass es vergleichbare Studien in anderen Ländern nicht gibt, jedenfalls scheint es so, dass Wyeth sich nur in Österreich dafür interessiert. Außerdem soll im kommenden Jahr eine weitere aktualisierte Erhebung in Österreich erstellt werden. Also: das Interesse ist nachhaltig.

Eine der bedeutendsten Schlussfolgerungen der Studie ist, dass es bei Frauen in der Altersgruppe von 26 bis 40 Jahren ein Informationsdefizit geben muss, sonst bleibt es unerklärlich, wieso die Pille nicht mehr so „beliebt“ ist.

Am 17. Oktober 2005, knapp 3 Monate nach dieser Pressekonferenz, präsentierte Wyeth in einem Pressegespräch nochmals die Ergebnisse der Befragung. Jetzt aber wollte Wyeth herausstreichen, dass die Antibaby-Pille vor der Hormonspirale und dem Kondom das beliebteste Antikonzeptivum ist, das von 27% der Frauen zwischen 14 und 40 Jahren verwendet wird. Es wurden auch Ergebnisse über den geschlechtsspezifischen Kinderwunsch präsentiert. Nur 22% der Frauen im

gebärfähigen Alter wünschen sich Kinder. Hingegen sind es bei den Männern zwischen 15 und 55 Jahren 49%, die diesen Wunsch haben. Diese Ergebnisse widersprechen den vorliegenden seriösen Daten über den geschlechtsspezifischen Kinderwunsch. Was steht hinter dieser merkwürdigen Öffentlichkeitsarbeit von Wyeth in Österreich?

Das Heft *IMAGO HOMINIS* 1/2005 wurde der Ethik der Pharmaindustrie gewidmet. Es wurde darin die These vertreten, dass die Pharmaindustrie bedeutend besser als ihr Ruf ist. Auf Grund der angeführten Analysen und Erfahrungen ist es schwer vorstellbar, dass Studien wie diese zu einer Verbesserung des Rufes beitragen können. Es ist wohl eher das Gegenteil zu erwarten. Warum?

a) Die Psychologie des Konsums von Arzneimitteln zeigt, dass die Beziehung des Konsumenten zum Produkt eine ganz andere ist als bei sonstigen Produkten. Der normale Patient nimmt das Arzneimittel in der Regel nicht aus Lust ein, sondern weil er eine bestimmte Situation vermeiden will (Leiden, Tod, Schwangerschaft, etc.). Er muss es also tun, obwohl er es eigentlich primär nicht will. Er hat keine andere Wahl, als das vom Arzt seines Vertrauens vorgeschriebene Medikament zu nehmen. Das Präparat wird er niemals lieben wie einen Mercedes, eine Füllfeder oder eine Speise. Die Pharmafirma spielt für den Patienten in seiner intimen Beziehung zu sich selbst, d. h. zu seiner Gesundheit und zum Vertrauensarzt kaum eine Rolle. Erst durch Medienberichte oder in Gesprächen mit dem Arzt oder anderen Patienten wird ihm bewusst, dass er von der Pharmaindustrie abhängig ist. Aber da kommen keine Dankbarkeitsgefühle auf, denn in seinen Augen nutzt dieser Industriezweig seine Not und seine Ängste aus. Die Medikamente, die er einnimmt, bringen dem Kapitalmarkt mehr Rendite als jedes andere In-

dustrieprodukt. Es gibt also viele Menschen, die sich gerade an seiner Bedürftigkeit bereichern. Natürlich kann man sich auch denken, solche Medikamente bewahren vor größerem Unglück, aber die Gefühle der Dankbarkeit richten sich unmittelbar auf den Arzt, für die Herstellerfirma bleibt nichts übrig.

b) Es hat den Anschein, dass Wyeth mit dieser Studie den Frauen in Österreich sagen will: Nehmt besser die Pille statt andere Verhütungsmittel! Wenn der Gynäkologe das raten würde, hätte es eine Wirkung. Die Pharmaindustrie ist da sicher nicht vertrauenswürdig, und der Gynäkologe braucht den Rat von Wyeth nicht.

c) Dass gerade aus der von Wyeth beauftragten Studie die Produkte, die Wyeth vertritt, besser abschneiden, bestätigt das weit verbreitete Vorurteil, der Pharmaindustrie gehe es eigentlich nur ums Geschäft mit den Gesundheitsproblemen der Menschen.

d) Verhütung ist eine ziemlich private und intime Frage. Moralisch ist sie nicht unumstritten. Genau genommen handelt es sich im Falle

der Antibabypille weder um die Beseitigung von gesundheitlichen Problemen noch um ein Arzneimittel. Da sollte die Pharmaindustrie zurückhaltender sein. Ihr Ruf kann hier nur noch größeren Schaden erleiden.

e) Das große Problem der Gesellschaften in Europa und auch in Amerika ist der demographische Crash der kommenden Dekaden. Dabei ist der Zusammenhang mit der Veränderung der Reproduktionsrate nach der Entwicklung der Pille (als einer unter vielen Faktoren) eindeutig. Man kann die Menschen nicht bevormunden und ihnen sagen, dass sie die Pille nicht nehmen sollen, aber auch nicht, dass sie die Pille schlucken sollen, am allerwenigsten die Pharmaindustrie.

Pharmaindustrie! Bitte, keine Ratschläge zum Sexualverhalten!

Prof. Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

PID-Einführung in Österreich abgewendet

In Österreich sorgte mitten im Sommer – also zu einem Zeitpunkt, als es keiner erwartet hatte – ein Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums¹, der die Präimplantationsdiagnostik in Windeseile in das geltende Recht zu implementieren gedachte, für große Aufregung. Der vom Gesundheitsministerium Ende Juli 2005 veröffentlichte Entwurf zur Änderung des Gentechnik- und des Fortpflanzungsmedizinengesetzes erhielt als ursprüngliche Begutachtungsfrist den 20. August 2005, und sah in einem beschränkten Umfang die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik für einige wenige Fälle vor. Vor allem die Lebensschutz- und Behindertenorganisationen äußerten massive Kritik an dieser Vorgehensweise; zahlreiche Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf erreichten in diesen Tagen das Gesundheitsministerium (darunter auch die nachstehend veröffentlichte Reaktion des IMABE-Instituts²). Dieser prompte Aufschrei hatte zunächst zur Folge, dass die Begutachtungsfrist bis 1. September 2005 verlängert wurde und konnte schließlich auch erreichen, dass der Entwurf Mitte September vorerst wieder zurückgezogen wurde.

lungnahmen zum Gesetzesentwurf erreichten in diesen Tagen das Gesundheitsministerium (darunter auch die nachstehend veröffentlichte Reaktion des IMABE-Instituts²). Dieser prompte Aufschrei hatte zunächst zur Folge, dass die Begutachtungsfrist bis 1. September 2005 verlängert wurde und konnte schließlich auch erreichen, dass der Entwurf Mitte September vorerst wieder zurückgezogen wurde.

Referenzen:

- 1 Den Ministerialentwurf der Gentechnikgesetzesnovelle findet man unter: http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XXII/ME/ME_00327/imfname_047049.pdf
- 2 Alle Stellungnahmen zum Ministerialentwurf sind auf http://www.parlinkom.gv.at/portal/page?_pageid=908,950143&_dad=portal&_schema=PORTAL aufgelistet.

Stellungnahme des IMABE-Instituts zum Entwurf der Gesetzesnovelle des Gentechnikgesetzes

IMABE fordert den Gesetzgeber auf, von einer Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) abzusehen.

Obwohl nach dem vorliegenden Entwurf des Gesundheitsministeriums ein generelles Screening nicht vorgesehen ist, bleiben mit der Zulassung der PID in Einzelfällen doch weiterhin große und grundsätzliche Bedenken bestehen, die auch von einer restriktiven Zulassung der PID abraten lassen. Darüber hinaus ist die vorgeschlagene Regelung nur deklarativ restriktiv: Die Restriktionen werden zu totem Recht, da im Entwurf weder Kontrollen noch eine ausreichend präzise Aufzählung der vorgesehenen Fälle noch Strafbestimmungen enthalten sind.

1. Grundsätzliche ethische Bedenken gegen die PID ergeben sich aus ihrem Selektionscharakter: Embryonen werden in vitro unter dem Vorbehalt erzeugt, bei genetisch

auffälligen oder zweifelhaften Ergebnissen nicht in den Mutterleib für eine Schwangerschaft transferiert zu werden (Stichwort: Embryonen auf Probe). Damit zeigt sich klar der eugenisch-selektive Charakter der PID, die Existenz eines genetisch für eine Erkrankung disponierten, kranken oder behinderten Menschen zu verhindern. Der Selektionscharakter wird nur quantitativ, nicht aber qualitativ geringer, wenn die PID auch nur auf einige wenige Fälle beschränkt wird.

2. Mit dem Entwurf wird der Weg zu einer gesetzwidrigen Ausweitung der Anwendung ohne Kontrollmöglichkeit gebahnt. Im Entwurf sind keine Regelungen vorgesehen, die einen Missbrauch unterbinden oder erschweren. Es wäre z. B. möglich, eine Meldepflicht für die Fälle von § 65 Abs. 3 lit. a sowie eine Begutachtung von drei unabhängigen Ärzten (einem

Gynäkologen, einem Embryologen und einem Neonatologen) von verschiedenen Kliniken für die Fälle von § 65 Abs. 3 lit. b gesetzlich zu verankern. Es fehlen auch die hierzu notwendigen Strafbestimmungen, ohne welche § 65 Abs. 3 faktisch eine allgemeine Zulassung der PID für beliebige Fälle darstellen würde. Was § 65 Abs. 3 lit. b anbelangt, sei auch festgestellt, dass eine wissenschaftlich einigermaßen gesicherte Prognose über den Ausgang einer Schwangerschaft oder den Todeszeitpunkt eines Embryos kaum möglich ist.

3. Die PID setzt die Techniken der in-vitro-Fertilisation (ivF) voraus. Die ivF ist aber keineswegs ethisch so unbedenklich, wie man allgemein annimmt, ganz abgesehen von den instrumentellen, hormonellen und psychischen Strapazen für die betreffenden Frauen. Es werden Embryonen im Reagenzglas hergestellt, was immer eine gegen die Menschenwürde gerichtete Instrumentalisierung des Kindes und der Ei- und Samenzellspender darstellt.

4. Akzeptiert man dennoch die ivF, so wäre die Befürwortung der PID ein logischer Folgeschritt, um am befruchteten Ei schwere und weitreichende genetische Defekte ausschließen zu können. Doch geht der Rückgriff auf das Argument, dass ein Verbot der PID mit der geltenden Rechtslage der pränatalen Diagnostik inkonsistent sei, also ja ohnehin in Anwendung der Pränataldiagnostik (PND) ein Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der gesetzlichen Bedingungen straffrei gestellt wäre, um auch die PID zu erlauben, und hierdurch den Frauen zudem den Schmerz einer Abtreibung zu ersparen, ganz an der Tatsache vorbei, dass auch die PND eine ethisch nicht unumstrittene Vorgangsweise ist.

5. Es entsteht weiters die Gefahr, die PID zu einem Bestandteil der so genannten Lifestyle-Medizin zu machen. Auch Paare mit natürlicher Zeugungskraft könnten aus Gründen der so genannten Qualitätskontrolle eine künstliche Befruchtung mit PID vornehmen lassen (die geplante PID würde hierbei eine hinreichende Voraussetzung für die Vornahme einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung darstellen, was eine Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes notwendig machen würde). Es könnte aber auch vonseiten ihres sozialen Umfeldes ein diesbezüglicher Entscheidungs- und Handlungsdruck entstehen.

6. Zum Anderen stellt sich dann die Frage, was mit den vielen in-vitro hergestellten Embryonen passieren soll, die aufgrund genetischer Mängel nicht transferiert werden. Im Allgemeinen gilt, dass jene Embryonen, die nicht für einen Transfer in Frage kommen, verworfen werden. Die Verhinderung von Embryonen-verbrauchender Forschung oder auch von Eingriffen in die Keimbahn wäre viel schwerer zu sichern als bisher.

Die Art und Weise, wie dieser Entwurf zur Novelle des Gentechnikgesetzes entstanden, zur Begutachtung ausgesandt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden ist, legt die Vermutung nahe, dass es hierbei primär vor allem darum gegangen ist, die PID unter Missachtung der grundlegenden politischen Spielregeln, auf welche sich der demokratische Konsens unserer Republik stützt, im Eiltempo durchzubringen. Das Gelingen dieses Vorhabens wäre nicht nur aus ethischer Sicht sehr bedauerlich, sondern ebenso schädlich für den politischen Frieden.

31. August 2005

SCHWERPUNKT

Risiko der späteren Schwangerschaft

Notburga AUNER, Karl RADNER

Zusammenfassung

Der soziokulturelle Wandel hat eine geänderte Einstellung zu Kindeszahl und Schwangerschaft bewirkt. Vor allem Frauen entscheiden sich immer häufiger für eine späte Schwangerschaft (ab 35). Die vorliegende Arbeit untersucht die Datenlage in Bezug auf ein postuliertes erhöhtes mütterliches und kindliches Risiko. Aus den untersuchten Arbeiten kann gefolgert werden, dass die Komplikationsraten mit höherem Alter ansteigen, die Risikoeinschätzung statistisch aber richtig beurteilt werden muss. Bei westlichen medizinischen Standards scheint ein Abraten von der Schwangerschaft ab 35, vor allem dann, wenn es sich um gesunde Frauen handelt, nicht gerechtfertigt.

Schlüsselwörter: Schwangerschaft, mütterliches Alter über 35, Risikoeinschätzung, Komplikationsraten

Abstract

Changes in society have brought about a different attitude towards pregnancy and number of children, since women decide to have their first baby after the age of 35. In this contribution we investigate the evidence of increased risks which presumably arise from a situation like this. From the reviewed literature on this subject it can be shown that the rate on complications seems to rise somewhat with increasing age of the mothers, but that the correct evaluation of individual risks depends on a realistic look at the statistics in terms of absolute figures reported in relation to percentages. It can be concluded that in regions with high medical standard it is not justified to discourage women above age 35 to become pregnant.

Keywords: pregnancy, motherhood after age of 35, evaluation of risks, complications

Anschrift der Autoren: Dr. Notburga AUNER, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
auner@imabe.org

Dr. Karl RADNER, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Meidlinger Hauptstraße 7-9/1/1/2, A-1120 Wien
Karl.Radner@vienna.at

Einleitung

Der soziokulturelle Wandel der vergangenen Jahrzehnte hat im Besonderen auch eine veränderte Einstellung der Frau zu Schwangerschaft und Kinderzahl bewirkt. Es zeigt sich nicht nur ein drastischer Rückgang der Kinderzahl (was aus demographischer Sicht sehr bedenklich erscheint), sondern auch ein deutlicher Trend zur späteren Mutterschaft (vgl. Tabelle I). Die modernen Behandlungsmethoden der westlichen Medizin haben trotz nachgewiesener rückläufiger Fruchtbarkeit der Frau ab dem 35. Lebensjahr in vielen Fällen ein „spätes Mutterglück“ möglich gemacht. Die Anzahl der Frauen, die nach dem 35. Lebensjahr ein Kind zur Welt bringen, ist in den letzten 25 Jahren kontinuierlich angestiegen¹, darunter befinden sich nicht wenige Erstgebärende. In Bayern beispielsweise (weil statistisch genau erfasst) hat sich die Zahl der Geburten von Müttern über 35 allein in den letzten 5 Jahren verdoppelt.²

Dies steht im Widerspruch zur häufig vertretenen Meinung von einigen Geburtshelfern und Gynäkologen, die den Frauen generell von einer späteren Schwangerschaft abraten. Seit langem herrscht die Auffassung, dass Schwangerschaft und Geburt für die Frau über 35 mit einer erhöhten Komplikationsrate verbunden ist (medizinische Terminologie: „Risikoschwangerschaft“). Besteht ein starker Kinderwunsch, sollte eine Schwangerschaft nur unter bestimmten Voraussetzungen ange-

strebt werden. Entgegen dieser gelegentlich sogar Angst einflößenden Warnungen aus der Ärzteschaft³ wurden in den letzten Jahren auch andere Stimmen laut. Es gibt mehrfach Publikationen, die im Gegensatz dazu den Frauen zur „späteren Mutterschaft“ Mut machen.⁴ Gleichwohl wird nicht verheimlicht, dass eine ganze Reihe von Risikofaktoren mit zunehmendem Alter der Mutter (wie auch des Vaters) ansteigen. Die gründliche und engmaschige Vorsorge von medizinischer Seite und die gereifere Einstellung zu Schwangerschaft und Kind wie auch die verbesserten ökonomischen Verhältnisse tragen wesentlich dazu bei, dass auch „ältere“ Frauen (über 35) erfolgreich gesunde Kinder bekommen können (vgl. Tabelle II).

In der vorliegenden Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Risiken aus heutiger Sicht für die Mutter und für das Kind tatsächlich bestehen und wie das zum Teil verwirrende Zahlenspiel mit Risikoangaben in Prozent korrekt interpretiert werden muss.

I Mütterliches Risiko

Die Schwangerschaft ist prinzipiell ein physiologischer Zustand der Frau im gebärfähigen Alter, kann aber unter bestimmten Umständen den Gesundheitszustand der Schwangeren beeinträchtigen oder sogar – heutzutage in der westlichen Welt nur in sehr seltenen Fällen – ihr Leben ernsthaft gefährden.⁵

Bei einigen Erkrankungen, die durch die

Jahr	Lebendgeborene	Durchschnittsalter der Mutter
1985	87.440	26,2
1990	90.454	27,1
1995	88.669	28,0
1999	78.138	28,9
2002	78.339	29,3

Tabelle I: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter in Österreich, Quelle: Statistik Austria

Jahr	35-40	40-45
1985	18,31	3,59
1990	20,64	3,94
1995	22,71	4,00
2000	25,23	4,73
2002	28,82	5,55

Tabelle II: Altersspezifische Fertilitätsziffern (Lebendgeborene auf 1.000 Frauen gleichen Alters) in Österreich 1985-2002, Quelle: Statistik Austria

Schwangerschaft induziert oder aggraviert werden, und somit eine ernste Gefahr für das Leben der Mutter darstellen können, darf eine Assoziation mit dem zunehmenden Alter der Mutter angenommen werden. Allerdings trifft das nicht immer und in jedem Fall zu. Außerdem steigt ja auch schwangerschaftsunabhängig die Zahl der Organerkrankungen mit dem Lebensalter. Dieser Umstand spielt eine zusätzliche Rolle für die Risikobeurteilung.

Eine ernste Lebensbedrohung für die Mutter durch schwangerschaftsinduzierte Erkrankungen oder die massive Verschlechterung eines vorbestehenden Leidens während der Schwangerschaft sind selten und in der Regel vornehmlich dann von Bedeutung, wenn auf die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen verzichtet wird. Die moderne Medizin kann sehr häufig bei adäquater ärztlicher Versorgung ernsthafte Folgen für Mutter oder Kind verhindern.

Folgende Krankheiten sind im Zusammenhang mit oder verursacht durch die Schwangerschaft relevant:

1) Gestosen:

- a) Bluthochdruck (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus)
- b) EPH-Gestose, Präeklampsie, Eklampsie, HELLP-Syndrom

2) Diabetes mellitus

3) Blutungen im letzten Trimenon

4) Nierenerkrankungen oder immunologische Erkrankungen

1)a) Bluthochdruck (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus)

Chronischer Bluthochdruck liegt dann vor, wenn dieser im Durchschnitt über 140 mmHg systolisch und über 90 mmHg diastolisch liegt. In unserer Gesellschaft ist die so genannte essentielle Hypertonie, der Bluthochdruck ohne erkennbare Ursache, ein weit verbreitetes Phänomen, das mit zunehmendem Alter ansteigt. Es überrascht daher nicht, dass zahlreiche Studien den Zusammenhang zwischen chronischem Hochdruck

und schwangerschaftsinduziertem Hochdruck mit ansteigendem Alter der Mutter belegen.⁶ Bei guter ärztlicher Betreuung ist die Prognose für Mutter und Kind gut.

Der nicht behandelte Bluthochdruck ist dennoch ein ernst zu nehmendes Symptom, das im Extremfall zu schwerer Schädigung des Kindes und sehr selten sogar zur Müttersterblichkeit führen kann.⁷ Daher muss bei festgestelltem Bluthochdruck der Frau geraten werden, sich regelmäßig und engmaschig ärztlichen Kontrollen zu unterziehen. Meist wird vom Geburtshelfer ein Internist zugezogen.

1)b) EPH-Gestose, Präeklampsie, Eklampsie, HELLP-Syndrom

Die EPH-Gestose ist eine schwangerschaftsinduzierte Erkrankung. Sie zählt zu den häufigsten Schwangerschaftskomplikationen und kommt in Mitteleuropa bei einer beträchtlichen Zahl aller Schwangerschaften (ca. 10%) vor.⁸ Sie kennzeichnet sich durch das Auftreten von erhöhtem Blutdruck (Hypertonie) und dem Verlust von Eiweiß durch die Niere (Proteinurie), was häufig zu starken Schwellungen (Ödemen) in Füßen, Beinen, Händen und Gesicht führt. In der Folge kann es zum Auftreten von Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust (Eklampsie) kommen. Unbehandelt ist die EPH-Gestose eine echte Gefahr für Mutter und Kind. Es können Durchblutungsstörungen der Plazenta auftreten, die eine Wachstumsverzögerung des Kindes bewirken. Eine weitere Komplikation ist die vorzeitige Ablösung der Plazenta. Tritt dieser Zustand ein, dann hat er nicht selten den unmittelbaren Fruchttod zur Folge.

Beim HELLP-Syndrom, das vornehmlich in der späteren Schwangerschaft, meist ab der 34. SSW auftritt, kommt es zu rechtsseitigen Oberbauchschmerzen, die von laborchemischen Veränderungen (Hämolyse, Erhöhung der Leberenzyme und Thrombozytopenie) begleitet werden. Diese verursachen Gerinnungsstörungen, die im Extremfall zu Organ-

versagen, inneren Blutungen, Erblindung und sogar zum Tod führen können. Da der Verlauf sehr rasch sein kann und normalerweise nicht vorhersehbar ist, muss äußerste Vorsicht herrschen. Eine Blutdruckerhöhung muss dabei nicht unbedingt vorangegangen sein.

In der Praxis sind die oben beschriebenen schweren Komplikationen glücklicherweise nur äußerst selten zu beobachten, weil sie durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen rechtzeitig erkannt, behandelt und dadurch verhindert werden können.

Den wissenschaftlichen Untersuchungen nach ist zu schließen, dass sowohl das niedrige wie auch das höhere mütterliche Alter, die Vorerkrankungen und auch die Parität (Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften) für das Auftreten einer Gestose eine wichtige Rolle spielen. Interessanterweise sind nicht nur ältere, sondern gerade auch besonders junge Mütter betroffen. Junge Frauen unter 17, Erstgebärende und Frauen über 35 weisen eine größere Disposition auf, an einer Gestose zu erkranken.⁹ Gefährdet sind auch Frauen, die unter schweren Vorerkrankungen, wie Bluthochdruck, Nieren-, Herz-, oder Autoimmunerkrankungen leiden. In diesen Fällen spricht man von einer Pfropfgestose.

Bei sorgfältiger ärztlicher Versorgung bestehen gute Chancen, diese potenziell schwere Erkrankung der Mutter, die auch das Leben des Kindes gefährdet, ausreichend zu behandeln und trotz hohem Risiko die Geburt eines gesunden und normal entwickelten Kindes zu ermöglichen.

2) Diabetes mellitus

Bei Diabetes mellitus ist der Stoffwechsel des Blutzuckers gestört. Die unzureichende Wirkung des Pankreas-Hormons Insulin führt zur pathologischen Erhöhung des Blutzuckerspiegels oder starken Schwankungen desselben, was erhebliche Auswirkungen auf den Stoffwechsel der Frau, aber vor allem auf die Entwicklung des Fetus (Hyperinsulinismus) hat.

Unterschieden wird das Auftreten von

Diabetes mellitus als unmittelbare Folge der Schwangerschaft (Gestationsdiabetes) von einer bereits vorbestehenden Zuckerkrankheit (Typ I-Diabetes) und deren Verschlechterung infolge der geänderten Stoffwechselsituation innerhalb der Schwangerschaft.

Der Gestationsdiabetes, also das Auftreten der Zuckerkrankheit während der Schwangerschaft, betrifft häufig übergewichtige Frauen oder solche, die eine familiäre Disposition dafür haben. In Europa schätzt man die Häufigkeit des Auftretens als sehr hoch ein, obwohl im Gegensatz dazu nur 10% der Fälle diagnostiziert werden, weil noch immer nicht allorts routinemäßig Blutzuckerkontrollen bei Schwangeren durchgeführt werden.¹⁰ In amerikanischen Studien beträgt die Häufigkeit des Auftretens bei Frauen über 40 ca. 10%.¹¹ Der orale Glucosetoleranztest sollte, wie vielerorts praktiziert wird, daher unbedingt zur Vorsorgeuntersuchung gehören. Bei Hochrisikopatientinnen empfiehlt sich die regelmäßige Blutzucker – Selbstmessung. Die Therapie beim Vorliegen eines Gestationsdiabetes ist nicht allzu aufwändig, verlangt aber einige Disziplin. Sie besteht primär in der Umstellung der Ernährung, in ausreichender Bewegung und in seltenen Fällen durch die subkutane Verabreichung von Insulin. Für Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft an Diabetes litten, gilt ganz strikt die optimale Einstellung des Blutzuckerspiegels.¹² Die Mehrzahl der untersuchten Daten bestätigt eine Assoziation zwischen dem Alter der Mutter und dem Vorliegen von Diabetes mellitus. Dies betrifft sowohl die schwangerschaftsunabhängige Zuckerkrankheit, wie auch den gestationsbedingten Diabetes mellitus. Das Risiko einer gesundheitlichen Schädigung im Falle des Diabetes betrifft das Kind mehr noch als die Mutter. Bei schlecht oder unzureichend eingestellten Blutzuckerwerten kann es in der Frühschwangerschaft zu Missbildungen kommen. Im letzten Schwangerschaftsdrittel scheint der fetale Hyperinsulinismus die entscheidende Rolle zu spielen. Es kann zu

intrauterinem Riesenwuchs und Mangeldurchblutung einzelner Organe kommen. Häufig können diese Kinder nur durch Kaiserschnitt entbunden werden. Eine andere gefährliche und auch sehr häufige Komplikation stellt die Frühgeburtlichkeit dar.¹³ Nach der Geburt erleiden die Neugeborenen häufig gefährliche Unterzuckerungen und andere Stoffwechselstörungen, die mit dem vorangegangenen Hyperinsulinismus in Zusammenhang stehen.

Diabetikerinnen mit schlecht eingestelltem Blutzuckerspiegel sind außerdem infektionsanfälliger. Vor allem Harnwegsinfekte und gefährliche Nierenbeckenentzündungen treten gehäuft auf. Weiters scheint gesichert zu sein, dass Diabetikerinnen häufiger an Bluthochdruck und der oben beschriebenen Gestose erkranken.¹⁴

Es gilt aber, dass bei guter und engmaschiger ärztlicher Betreuung, die die Normalisierung des Blutzuckerspiegels mitberücksichtigt, auch eine Diabetikerin ein gesundes, normalgewichtiges Kind zur Welt bringen kann.

3) Blutungen im letzten Trimenon

Gebärmutterblutungen im letzten Schwangerschaftsdrittel, die häufig mit einer fehl-sitzenden Plazenta (Plazenta praevia) vergesellschaftet sind, stellen eine ernsthafte Komplikation für das Leben der Mutter und des Kindes dar.¹⁵ Löst sich auch nur ein Viertel der Oberfläche der Plazenta von der Gebärmutterwand vorzeitig ab, so führt dies zum Sauerstoffmangel für das Kind, wobei es sogar zum intrauterinen Fruchttod kommen kann. Durch den starken Blutverlust, den die Mutter in kurzer Zeit und fast unbemerkt erleidet, und Gerinnungsstörungen kann es zu einem lebensbedrohlichen Schockzustand kommen. Eine mögliche Assoziation zwischen Alter und den gefährlichen Blutungen im letzten Schwangerschaftsdrittel wird in der Literatur uneinheitlich beurteilt. Einige Studien haben bei höherem Alter der Mutter eine größere Häufigkeit von vorzeitigen Plazentalösungen

beobachtet,¹⁶ andere Studien können keinen Zusammenhang erkennen.

4) Nierenerkrankungen oder immunologische Erkrankungen

Bei Vorliegen schwerer Nierenerkrankungen oder Erkrankungen des Immunsystems kann die Schwangerschaft eine Verschlechterung des vorbestehenden Leidens verursachen. Bei schweren Organ- oder Systemerkrankungen und entsprechenden Therapien kann eine Schwangerschaft schwerwiegende Folgen haben. Die Beratung durch erfahrene Ärzte ist in diesen Fällen unbedingt nötig.

II Müttersterblichkeit

Dass die Schwangerschaft auch mit dem Tode der Mutter während Geburt und Wochenbett tragisch enden kann, gehört nicht nur der Vergangenheit an, obwohl die Rate der Müttersterblichkeit im 20. Jh. kontinuierlich rückläufig war und einen historischen Tiefstand erreicht hat. Besonders genaue Daten liegen aus Bayern vor, wobei sehr ähnliche Verhältnisse für ganz Mitteleuropa angenommen werden können. Im Zeitraum 1989 – 1994 starben in Bayern 7,9 Frauen/100.000 Lebendgeburten.¹⁷ Diese Zahlen sind nur bei Vorhandensein einer hoch technisierten Medizin möglich. In Brasilien beispielsweise waren es zur gleichen Zeit achtmal so viele, nämlich 64,7/100.000 (Zahlenangabe aus dem Jahr 1989).¹⁸ Nach Schätzungen der WHO sterben jährlich ca. 500.000 Mütter in der 3. Welt an den Komplikationen bei Abtreibungen, Geburt oder Wochenbett. Die Müttersterblichkeit korreliert mit dem sozioökonomischen Status eines Landes. Je ärmer und unterentwickelter eine Region ist, umso höher die Müttersterblichkeit. Im Allgemeinen sind genaue Datenerhebungen schwierig, und die Zahlen daher immer ungenau.

In unseren Ländern sind die Hauptursachen

für den mütterlichen Tod: Infektion/Sepsis, Blutung, hypertensive Erkrankung (HELLP-Syndrom) und Thromboembolie. Unter den genannten Todesursachen finden sich weiters auch Komplikationen im Zusammenhang mit der Anästhesie bei Schnittentbindungen, Drogentote, Suizide und Tod infolge des Schwangerschaftsabbruchs. Die Müttersterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter der Mutter leicht an, obwohl das absolute Risiko, an den Folgen von Schwangerschaft oder Geburt zu sterben, sehr klein ist.

III Kindliches Risiko

Das mütterliche Alter gilt auch als Faktor, der die Gesundheit des Kindes beeinflusst.

Die Erkrankungen im Neugeborenenalter sollen daher jeweils unter dem Blickwinkel eines möglichen Zusammenhanges mit dem Alter der Mutter untersucht werden.

Die Erkrankungen des Fetus/Neugeborenen können in folgende Gruppen unterteilt werden:

- 1) Chromosomanomalien (z. B. Trisomien)
- 2) Nicht-chromosomale angeborene Fehlbildungen
- 3) Niedriges Geburtsgewicht, Wachstumsretardierung
- 4) Frühgeburtlichkeit
- 5) Intrauteriner Fruchttod
- 6) Perinatale Mortalität, Säuglingssterblichkeit

Mütterliches Alter	Häufigkeit: Trisomie 21	Risiko
30 Jahre	1:952	0,10%
35 Jahre	1:385	0,26%
40 Jahre	1:106	0,90%
45 Jahre	1:30	3,30%

Tabelle III: Trisomie 21 im Zusammenhang mit dem mütterlichen Alter, Quelle: MSD-Manual, 6. Auflage (2000), Tab. 247-1

1) Chromosomenanomalien

Eindeutig nachgewiesen scheint der bereits allgemein bekannte Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Alter und den Fehlbildungen, die auf chromosomale Trisomien zurückzuführen sind. Das Risiko, ein Kind mit einer chromosomalen Störung zu bekommen ist für eine 35-jährige Frau 0,5% (1:192), bei einer 40-jährigen 1,5% (1:66) und mit 45 Jahren 4,7% (1:21).¹⁹ Viele Kinder mit Trisomien haben eine komplexe Organmissbildung, die mit dem Leben unvereinbar ist, oder sie kommen noch im Kleinkindesalter zum Tode. Dies gilt nicht unbedingt für das bekannte Down-Syndrom, das durch eine Trisomie des Chromosoms 21 verursacht wird. Auch hier steigt das Risiko, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen, mit dem Alter der Mutter signifikant an (vgl. Tabelle III). Vermutlich gilt dasselbe auch für das zunehmende Alter des Vaters. Diese Zusammenhänge sind aber noch weniger erforscht.²⁰

2) Nicht-chromosomale angeborene Fehlbildungen

Neben den chromosomal bedingten Erbkrankheiten gibt es auch eine ganze Reihe anderer angeborener Fehlbildungen, die auf Störungen der intrauterinen Entwicklung zurückzuführen oder durch eine Infektion (Röteln, Toxoplasmose etc.), Medikamentenmissbrauch, Alkohol- oder Drogenkonsum verursacht sind. Längst nicht alle angeborenen Krankheiten sind ursächlich geklärt. Manche dieser Fehlbildungen sind geringfügig und/oder operativ korrigierbar (Klumpfuß, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Polydaktylien, Gastroschisis, Darmatresien etc.), andere wiederum gehen mit schwersten Organschäden einher, die mit dem Überleben nicht vereinbar sind (z. B. manche Herzfehler, große Spaltbildungen etc.) oder sehr schwere Behinderungen verursachen. Was die Verschlussstörungen des Neuralrohres betrifft, so hat die Prophylaxe mit 0,4 mg Folsäure pro Tag in der Frühschwangerschaft zum deutlichen

Rückgang der „Spina bifida“ geführt. In groß angelegten Studien konnte auch der Nachweis erbracht werden, dass andere Geburtsfehler (Lippen- und Gaumenspalten, Missbildungen der Harnwege, und andere Entwicklungsfehler) bei regelmäßiger Verabreichung des „Antimissbildungsvitamins“ weniger häufig auftraten.²¹

Dabei zeigt sich, dass manche Missbildungen bei jüngeren Müttern häufiger anzutreffen sind als bei älteren (Gastroschisis, Polydaktylie). Es wird aber auch vermutet, dass wiederum andere der nicht-chromosomalen Missbildungen altersabhängig bereits nach dem 25. Lebensjahr der Mutter gehäuft auftreten.²² Aufgrund anderer groß angelegter retrospektiver Erfassungen kann im Gegenteil dazu nicht vertreten werden, dass manche Geburtsfehler mit dem Alter der Mutter in einen Zusammenhang gebracht werden können.²³ Wenige Daten liegen vor, die das väterliche Alter und die Häufigkeit von Geburtsfehlern untersucht haben.²⁴

Ein Hinweis scheint angebracht: Die erhobenen Daten sind insofern nicht ganz genau, als dem Umstand nicht Rechnung getragen wird, dass Interruptiones (Abtreibungen), die aus eugenischer Indikation durchgeführt werden, in der Statistik nicht erfasst sind. Es ist wahrscheinlicher anzunehmen, dass gerade bei Schwangeren über 35, bei denen sorgfältige Missbildungs-Screeninguntersuchungen durchgeführt werden, ein positiver Befund zur Beendigung der Schwangerschaft führt. Exakte Zahlen lassen sich in diesem Zusammenhang nur schwer rekonstruieren.

3) Niedriges Geburtsgewicht, Wachstumsretardierung

Von einem niedrigen Geburtsgewicht wird dann gesprochen, wenn Kinder termingerecht (zwischen Ende der 37. SSW und der 42. SSW) geboren werden, ihr Gewicht aber unterhalb der 10. Perzentile liegt. Man spricht von „small-for-date“ Babies oder hypotrophen Kindern. Das bedeutet, dass der Fetus intrauterin mangelhaft ernährt wurde. Dafür

können verschiedene mütterliche Ursachen verantwortlich sein: arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, Herzerkrankungen, Infektionen, Komplikationen der Plazenta (vorzeitige Plazentalösung, Plazenta praevia). Es ist aber auch nachgewiesen, dass Drogen- und Alkoholkonsum und vor allem der Nikotinabusus während der Schwangerschaft in einem hohen Prozentsatz zu Wachstumsstörungen des Feten führen. Außerdem werden auch sozioökonomische Faktoren mit dem niedrigen Geburtsgewicht des Kindes in Zusammenhang gebracht: Bildungsniveau, Rasse, Regelmäßigkeit der Vorsorgeuntersuchungen, sozialer Status, Festigkeit der Partnerschaft, Zahl der vorangegangenen Schwangerschaften. Bei Mehrlingsschwangerschaften kommt es fast immer zur Geburt von untergewichtigen Kindern. Aus dem bereits Gesagten lässt sich indirekt ableiten, dass ältere Mütter, die häufiger an Hochdruck oder Diabetes leiden, eine Tendenz zeigen, untergewichtige Neugeborene zu haben. Es gibt einige Untersuchungen, die ausschließlich das Alter der Mutter als Risikofaktor untersucht haben und es als Ursache für eine Wachstumsretardierung des Kindes einstufen, andere Studien kommen nicht zu diesem Ergebnis. Wahrscheinlich dürfte das mütterliche Alter alleine nicht so sehr entscheidend sein, wie die Gesamtheit der physiologisch-psychologischen Konstitution der Frau.²⁵

4) Frühgeburtlichkeit

Als Frühgeborenes wird jedes Kind bezeichnet, das vor der 36. SSW zur Welt gebracht wird. Nach Angaben des Berufsverbandes deutscher Frauenärzte von 1999 kommen in Deutschland, und die Zahlen anderer Länder bestätigen dieselbe Tendenz, ca. 7% aller Kinder zu früh auf die Welt, also vor der 36. SSW. Aber nur 1,2% sind Frühgeburten vor der 32. SSW. Obwohl diese Zahlen niedrig sind, wird ihnen Beachtung geschenkt, da zwei Drittel der Säuglingssterblichkeit auf die Frühgeburtlichkeit zurückgeführt werden müssen. Die Chancen auf

ein gesundes Überleben steigen mit dem Gestationsalter stark an. In den letzten Jahren kam es zu einer beeindruckenden Entwicklung des medizinischen Fortschritts. Noch im Jahr 1985 überlebten nur 34% der Kinder mit einer Tragezeit von 28 SSW, während es heute bereits ca. 73% sind.²⁶ Allerdings ist der Preis hoch: etwa ein Drittel der sehr unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g tragen sehr schwere Langzeitschäden und Behinderungen davon. Die Ursachen für eine Frühgeburt sind zahlreich. Der häufigste Grund (40%) ist die vaginale Infektion und ein damit verbundener vorzeitiger Blasensprung. Jüngste Studien sprechen für den Einsatz von Abstrich-Screenings, da so diese Risikogruppe der Frauen entdeckt und anschließend gesondert betreut werden kann.²⁷ Hier kommt auch ein gesundheitsökonomischer Aspekt zum Tragen. Durch eine verminderte Frühgeburtenrate können auch Spitalskosten in einem beträchtlichen Ausmaß gesenkt werden. Weitere Ursachen für die Frühgeburtlichkeit sind Schwangerschaftskomplikationen, vorangegangene Sterilitätsbehandlungen, Fehlbildungen, Anämie, Diabetes mellitus etc. Was den ursächlichen Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit mit dem Alter der Mutter betrifft, so herrscht Uneinigkeit darüber, ob dieser besteht oder nicht. Es gibt einige Studien, die zum Ergebnis kommen, dass das Risiko mit dem Alter zunimmt und bei Frauen ab 35 bereits um 20% liegt. Andere Untersuchungen hingegen können dieses Ergebnis nicht bestätigen. Es dürfte auch hier wiederum so sein, dass nicht ausschließlich das Alter eine entscheidende Rolle spielt, sondern erst im Zusammenhang mit einigen anderen Faktoren, wie sozioökonomischer Status, Nikotinabusus, Vorerkrankungen, Schwangerschaftskomplikationen etc., das Risiko ansteigt. Es geht also um Assoziationen und nicht um kausale Zusammenhänge.²⁸

5) Intrauteriner Fruchttod

Die Hauptursachen für den vorzeitigen Fruchttod in der Gebärmutter vor Erreichen

der Geburt sind vielfältig. Sie liegen vornehmlich in der Plazentainsuffizienz, fehlsitzender Plazenta und/oder der vorzeitigen Plazentalösung (Blutungen), Diabetes mellitus, Fehlbildungen, Überschreitung des Geburtstermins, Infektionen und Nabelschnurkomplikationen. Zusätzlich gibt es aber auch den unerklärlichen Eintritt des Fruchttodes bei Schwangerschaften, die völlig komplikationslos verliefen und keine erkennbare Ursache für dieses dramatische Ereignis erkennen lassen. Nach einer umfassenden Studie aus dem Jahr 1997 haben Frauen über 35 ein signifikant höheres Risiko für den unerklärlichen intrauterinen Fruchttod. Es wird geschätzt, dass bei Frauen über 35 eine von 440 Geburten davon betroffen ist.²⁹ Auch andere Wissenschaftler kommen in ihren Untersuchungen zu einem ähnlichen Ergebnis, so dass übereinstimmend angenommen wird, dass das mütterliche Alter das Risiko des intrauterinen Fruchttodes wesentlich beeinflusst.

6) Perinatale Mortalität

Frühgeburtlichkeit und Perinatalsterblichkeit stehen in engem Zusammenhang: Etwa zwei Drittel der Fälle von Säuglingssterblichkeit sind auf Untergewicht und Frühgeburtlichkeit zurückzuführen, während andere Faktoren, wie kindliche Fehlbildungen, Sauerstoffunterversorgung im Rahmen des Geburtsverlaufs und postpartale respiratorische Störungen den Rest der Fälle verursachen. Aus dem oben Gesagten darf gefolgert werden, dass auch bei Zunahme des mütterlichen Alters die perinatale Sterblichkeit ansteigt.³⁰

IV Geburtsverlauf

Bei Spätgebärenden unterscheidet sich der Geburtsverlauf nicht wesentlich von dem jüngerer Frauen. Entgegen der gelegentlich vertretenen Meinung, ältere Frauen hätten mit einem komplizierteren Geburtsverlauf zu rechnen,

bestätigen rezenter Studien das Gegenteil. Zu beobachten ist jedoch, und darüber besteht kein Zweifel, ein kontinuierlicher Anstieg der Sectiofrequenz vornehmlich bei Frauen über 35. Dafür sind nicht so sehr die medizinischen Indikationen für eine Schnittentbindung verantwortlich, sondern die Tatsache, dass sich immer mehr Frauen in Zusammenarbeit mit ihren Geburtshelfern („iatrogene Indikation“) für eine Wunschsectio entscheiden.³¹ Die dadurch ermöglichte exakte Terminisierung der Geburt ist gewissermaßen für den Arzt und oftmals auch für die Mutter die „bequemere Art“ der Niederkunft. Diese international zu beobachtende Tendenz wird aber auch kritisiert. Während noch vor ca. 30 Jahren die natürliche Geburt als Erlebnis propagiert wurde, wollen heute immer mehr Ärzte und Frauen auf Nummer sicher gehen und streben aus diesem Grund schon von vornherein die Schnittentbindung an. Dabei ist es ein Irrtum zu meinen, dass es sich dabei um einen harmlosen Eingriff für die Mutter handelt, denn rein statistisch gesehen ist das Risiko, am operativen Eingriff zu versterben, um 2,3mal höher als bei der vaginalen Geburt. Nicht berücksichtigt wird in diesem Fall die Tatsache, dass beim Notfallskaiserschnitt natürlich eine höhere Komplikationsrate verzeichnet werden muss als beim geplanten Eingriff. Was die Risiken für das Kind betrifft, so ist die Schnittentbindung im Vergleich zur natürlichen Geburt risikoärmer. Ob es in jedem Fall für das Kind die „angenehmere“ Art und Weise, auf die Welt zu kommen, ist, bleibt umstritten: Aufgrund der Kompression, die bei der Passage des Geburtskanals zustande kommt, wird das Fruchtwasser aus den Lungen ausgepresst und mit dem ersten Atemzug der fetale Kreislauf beendet. Auffallend häufig müssen die Neugeborenen nach der Schnittentbindung auf die Intensivstation verlegt werden, weil sie vorübergehend mit Atemproblemen zu kämpfen haben, die mit der mangelnden Kompression infolge der „Nichtpassage“ des Geburtskanals im Zusammenhang stehen dürften. Alternative

Geburtshelfer, die die natürliche Geburt propagieren, führen diesen Umstand ins Treffen. Bei Allgemeinnarkose der Mutter könnten die Anpassungsschwierigkeiten auch auf den – wenn auch geringen – diaplazentaren Übertritt der Narkosemittel zurückzuführen sein. Immer häufiger wird die Schnittentbindung nicht in Allgemeinnarkose, sondern mit Epiduralanästhesie durchgeführt, wobei die Belastung des Kindes durch Narkosemittel wegfällt.

V Pränatale Medizin

Die ungeheuren Fortschritte der Medizin, die im letzten Jahrhundert Tatsache wurden, haben unter anderem auch in der Pränataldiagnostik stattgefunden. Mit Hilfe einer Reihe relativ zuverlässiger Methoden ist es heute möglich, das Kind bereits im Mutterleib zu beobachten, sein Wachstum zu kontrollieren und einige Erkrankungen bzw. Fehlbildungen festzustellen. Was vor etwa 30 Jahren noch für größte Spannung gesorgt hat – ist es ein Mädchen oder ein Junge? – wird heute in der Regel „formlos“ durch den sonographierenden Untersucher lange vor der Geburt „mitgeteilt“. Das Hauptinteresse an den vorgeburtlichen Kontrollen gilt jedoch nicht der Geschlechtsbestimmung, sondern der Identifikation von Fehlbildungen und Erkrankungen. Hierfür stehen invasive und nicht-invasive Techniken zur Verfügung. Invasive Methoden mit dem Risiko zu Spontanabort, Infektionen oder Blutungen bedürfen einer besonders abgewogenen Indikation.

Besonderes Augenmerk wird auf folgende Befunde gerichtet: Missbildungen, die nach der Geburt sofort von einem Pädiater oder einem Chirurgen behandelt werden müssen; Erkrankungen, die bereits intrauterin medikamentös und/oder operativ behandelt werden können; Erkrankungen oder Lageanomalien, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen; Erkrankungen, die nicht behandelt werden können, vorzeitig zum Tod führen oder lebenslang nicht heilbar sein werden.

Therapeutisch sind durch die frühzeitige Diagnose bestimmte Eingriffe möglich geworden. Bei der Blutgruppenunverträglichkeit im Rhesussystem kann sich ein Hydrops (Wassersucht) ausbilden. Durch eine sonographisch kontrollierte Bluttransfusion über die Nabelschnurvene kann der notwendige Blutaustausch rechtzeitig durchgeführt und die Heilung herbeigeführt werden. Einige wenige sonographisch diagnostizierte Herzerkrankungen, die möglicherweise tödlich verlaufen, können bereits im Mutterleib medikamentös behandelt werden. Infektionen können in seltenen Fällen ebenfalls bereits im Mutterleib erfolgreich therapiert werden. Erkrankungen des Urogenitaltraktes mit Harnabflussstörungen können durch minimal-chirurgische Eingriffe erfolgreich behandelt werden. Ebenso können in vereinzelt Fällen Zysten und Tumore punktiert oder operativ behandelt werden.

1) Ultraschalldiagnostik

Seitdem im Jahr 1958 Jan DONALD erstmals die Darstellung des Kindes im Mutterleib mittels Sonographie gelungen ist, hat sich die Methode rasch verbreitet und zum Routineverfahren entwickelt. Ihr großer Vorteil besteht darin, dass sie *nicht invasiv*, und daher schmerz- und komplikationslos ist; ein Risiko für Mutter oder Kind ist nicht bekannt. Der Ultraschall hat das verborgene Geschehen im Mutterleib „sichtbar“ gemacht. Für die Eltern ist es faszinierend, einzelne Körperteile des Ungeborenen zu beobachten. Die technisch hoch entwickelten Geräte liefern zum Teil drei-dimensionale Darstellungen, so dass die Eltern bereits ihr erstes Porträt vom Kind im Mutterschoß erhalten. Die Untersuchung dient aber in erster Linie nicht dazu, die Vorfreude der Eltern (weiterhin) zu steigern, sondern im ersten Trimenon vor allem der Feststellung der Schwangerschaft und zwischen der 16. und der 24. SSW der Früherkennung von Anomalien (Organscreening). Die Untersuchung im letzten Trimenon soll nochmals sicherstellen,

dass das Kind ausreichend von der Plazenta versorgt wird. Weiters wird nochmals untersucht, ob Fehlbildungen vorliegen, die früher nicht festgestellt werden konnten. Unmittelbar vor der Geburt soll der Ultraschall über die Lage des Kindes Auskunft geben (ob es sich schon in Richtung Geburtskanal gedreht hat), und ob eine natürliche Geburt erwartet werden kann, oder die Ärzte in Bereitschaft für einen Kaiserschnitt sein sollten.

In der Regel erwarten sich die Eltern vom untersuchenden Arzt die beruhigende Aussage, dass sich das Kind normal entwickelt und keine weiteren Komplikationen zu erwarten sind. Eine derartige Absicherung unterstützt eine stressfreie Schwangerschaft und Geburt. Das Dilemma nimmt seinen Anfang bei der tatsächlichen oder vermuteten Diagnose von Anomalien. Die Eltern, insbesondere die Mutter, werden nicht beruhigt, sondern in Angst versetzt, und das auch dann, wenn sich die Diagnose nicht bestätigen sollte. Viel zu selten wird darauf hingewiesen, dass auch die Ultraschalluntersuchung selbst in sehr geübten Händen keine 100%ige diagnostische Sicherheit erlaubt. Das bedeutet: ein unauffälliger Befund gibt keine „Garantie“ für ein gesundes Kind, und ein positiver Befund kann sich auch noch als falsch herausstellen.

2) Invasive Pränataldiagnostik

Die *invasiven* Untersuchungsmethoden in der Pränatalmedizin sind

- a) die Amniozentese,
- b) die Chorionzottenbiopsie und
- c) die Punktion fetaler Blutgefäße.

2a) Die Fruchtwasserpunktion ist die am häufigsten durchgeführte invasive Pränataldiagnostik. Sie wird allen Frauen ab 35 empfohlen, da ab diesem Alter die Zahl der Chromosomenanomalien ansteigt.³² Sie wird ab der 16. SSW durchgeführt, wobei mittels Punktion durch die Bauchdecke Fruchtwasser gewonnen wird, das laborchemisch und zytologisch untersucht werden kann. Das Risiko,

durch den Eingriff eine Fehlgeburt oder eine Infektion zu erleiden, beträgt bei geübten Ärzten 0,5 – 1%.

2b) Ähnlich ist das Risiko bei einer Chorionzottenbiopsie. Diese Untersuchung kann einige Wochen früher durchgeführt werden, wobei transzervikal (über die Vagina) Gewebe gewonnen wird. Angemerkt werden muss, dass bei dieser Untersuchung der diagnostische Radius im Vergleich zur Amniozentese bedeutend geringer und die Möglichkeit der Fehldiagnosen viel größer ist. Abgesehen vom bereits erwähnten Dilemma der Vorgeburtsdiagnostik, die in der Praxis stark eugenische Trends aufweist, ohne sich um effektive Therapiemöglichkeiten für das Kind zu bemühen, muss in diesem Zusammenhang die Risikoabschätzung angesprochen werden. Beide invasiven Untersuchungsmethoden sind mit einem ca. 1%igen Spontanabortus-Risiko verbunden. Das muß beispielsweise im Zusammenhang mit dem altersbedingten Risiko, ein chromosomal krankes Kind zu bekommen, gesehen werden. Eine 35-jährige Frau hat eine Wahrscheinlichkeit von 1:385, ein Kind mit Down-Syndrom zu bekommen, oder anders formuliert, 0,26% Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit Down-Syndrom. Das entspricht einer 99,74%igen Wahrscheinlichkeit für ein Kind ohne Trisomie 21.

Das Risiko für eine Schwangerschaftskomplikation oder sogar einen Abortus, das durch die gewünschte (oder anempfohlene) invasive Untersuchung eingegangen wird, ist 3,8 x so groß wie das altersbedingte Risiko einer chromosomalen Störung. Das heißt: das Risiko, durch den Eingriff ein gesundes Kind zu verlieren, ist deutlich höher als die Wahrscheinlichkeit, eine mögliche Anomalie zu entdecken. Es sollte im Rahmen der Pränatalmedizin häufiger auf diese Umstände hingewiesen werden, um den nicht selten verunsicherten Frauen mehr Entscheidungssicherheit zu geben. Für Österreich verhält es sich so, dass bei routinemäßiger Punktion aller Frauen über 35 Jahren³³ zwar 60 Feten mit

Chromosomenanomalien entdeckt werden, dafür aber ca. 120 gesunde Kinder infolge einer Fehlgeburt versterben.³⁴ Daher wird vermehrt der sogenannte Combined-Test empfohlen, bei dem erst nach Vorliegen von positiven „Softmarker“-Befunden (Blut - Bestimmung des b-hCG, sonographisch-Nackentransparenz, Beurteilung des fetalen Nasenbeins, Golfballphänomen etc.) eine Fruchtwasserpunktion durchgeführt werden soll.

2c) Die Chordozentese, die Punktion der Nabelschnurvene dient ebenfalls diagnostischen (Analysen aus dem Nabelschnurblut), aber auch therapeutischen Zwecken. So können auch über die Nabelschnurvene direkt medikamentöse Behandlungen des Kindes vorgenommen werden. Aber auch dieser Eingriff ist durch eine nicht geringe Komplikationsrate belastet, die sogar den Kindestod herbeiführen kann.

3) Überlegungen zur Pränataldiagnostik

Gerade durch die bekannten Komplikationen, die mit den invasiven diagnostischen Methoden einhergehen können, wurde das Bestreben, risikoärmere Diagnoseverfahren zu entwickeln, geschürt. So hat man begonnen, fetale Blutzellen, die in sehr geringer Anzahl im mütterlichen Kreislauf zirkulieren, zu identifizieren und zu untersuchen. Diese Verfahren sind momentan noch im Versuchsstadium, könnten aber in Zukunft eine effektive, risikoarme Methode liefern. Das grundlegende Dilemma aber bleibt bestehen. Da die vorgeburtliche Diagnostik kaum Therapiemöglichkeiten anzubieten hat, wird der positive Befund zum Todesurteil. Darüber kann man nicht hinwegsehen. In einer Gesellschaft, in der physische Werte an ganz hoher Stelle angesiedelt werden, haben Behinderungen und physische Abnormitäten keinen Platz. Der Druck zur Qualitätskontrolle des Ungeborenen durch die vorgeburtliche Medizin wird größer. Außerdem hat die gesellschaftliche Ausgrenzung von Familien mit einem behinderten Kind eher

zu- als abgenommen. Das spiegeln auch die forensischen Aspekte wider, die der Geburtshelfer in seine Überlegungen einbeziehen muss. So kam es in letzter Zeit immer wieder zu Gerichtsverfahren, die wegen einer nicht oder nicht rechtzeitig diagnostizierten Behinderung gegen Gynäkologen geführt wurden. Die hohen Schadenersatzansprüche, die in diesem Zusammenhang eingefordert werden, zeichnen eine Tendenz ab, die den Arzt in einen Qualitätssicherungsbeauftragten verwandelt. Nicht umsonst sind die Haftpflicht-Versicherungsbeiträge der Geburtshelfer mit den höchsten Prämien dotiert. Dass eine starke gesellschaftliche Ablehnung gegen Behinderung im Vormarsch ist, wird auch durch Berichte von Eltern bestätigt, die trotz des Wissens um eine Anomalie des Kindes eine Abtreibung verweigern und der Geburt eines behinderten Kindes zustimmen.

VI Fehlgeburt

Von einer Fehlgeburt (Spontanabortus) wird dann gesprochen, wenn die Schwangerschaft durch die Ausstoßung des Fetus vor der 23. SSW oder mit einem Gewicht von unter 500 g ohne Lebenszeichen erfolgt. Es wird angenommen, dass eine große Zahl von Konzeptionen zum Teil von der Frau unbemerkt in den ersten Monaten spontan ausgestoßen wird. Die Ursachen sind unterschiedlich: Fehentwicklungen des Embryos, genetische Defekte, chromosomale Aberrationen, anatomische Anomalien der mütterlichen Organe, Infektionen, Stoffwechselerkrankungen, hormonelle Störungen, Drogenkonsum, psychische Faktoren etc. Die Rate der spontanen Fehlgeburten wird auf 10-15% aller Schwangerschaften eingeschätzt.³⁵ Bei den Untersuchungen, die das Alter der Mutter dazu in Beziehung setzen, scheint eine Assoziation zum mütterlichen Alter sehr wahrscheinlich. Der hohe Anstieg der Fehlgeburtsrate dürfte mit der Häufung der Chromosomenanomalien in Zusammenhang

stehen. Andererseits belegen mehrere Arbeiten die Abnahme der Fruchtbarkeit der Frau über 35.³⁶ Zum Teil handelt es sich dabei um die Beobachtung, dass die Ergebnisse bei ivF stark altersabhängig und die Erfolgsraten bei Frauen über 40 unbefriedigend gering sind.³⁷

Bei drohenden Spätaborten (Fehlgeburt zwischen der 12. und 24. Schwangerschaftswoche) konnten durch die Verabreichung von low-dose Heparin und low-dose Aspirin deutliche Erfolge erzielt werden.

VII Risikoeinschätzung

Bei der Risikoeinschätzung ist es allerdings essentiell, dass die Daten transparent und auch für den Laien nachvollziehbar präsentiert werden. Insbesondere muss darauf hingewiesen werden, dass Risikozahlen nicht nur in Relativwerten, sondern auch absolut angegeben werden. Wenn z. B. gesagt wird, dass der intrauterine Fruchttod bei Frauen über 35 Jahren doppelt so hoch ist wie bei jungen Frauen (bzw. um 100% höher)³⁸, so klingt dies erschreckend. Betrachtet man allerdings die Absolutzahl, so relativiert sich diese Hiobsbotschaft beträchtlich. So kommt es unter 1000 Frauen im Alter unter 35 Jahren in 2,7 Fällen (= 0,27%) zu einem Tod des Fetus, während bei 1000 Frauen über 35 Jahren 5,8 Fälle (= 0,58%) vorkommen. Der Unterschied beträgt also absolut nur 0,31%, also wenige Promille. Diese Information wird eine Frau ganz anders bewerten, als wenn wie oben von Verdoppelung des Risikos usw. gesprochen wird.

Ähnlich sind die Daten bei den Chromosomenanomalien, auch hier liegen die absoluten Unterschiede im Promille-Bereich. Die absoluten Unterschiede bei den verschiedenen Schwangerschaftskomplikationen liegen im Bereich von 2-3%.³⁹ Das bedeutet: In mehr als 95% der Fälle kann auch eine ältere Frau damit rechnen, dass ihre Schwangerschaft wie bei der jüngeren Frau unter 30 Jahren verläuft.

VII Abschließende Überlegungen

Das Risiko einer Schwangerschaft in späteren Jahren sollte immer differenziert betrachtet werden. Was die Komplikationen von mütterlicher Seite betrifft, so müssen in erster Linie das vermehrte Auftreten von Diabetes (ca. 10% vs. 2-4%), Blutungen (ca. 2% vs. 0,3%) und ev. der Bluthochdruck in Betracht gezogen werden. Die beträchtliche Sectiorate (ca. 40% vs. 12%) bei Schwangeren über 35 entspricht einem Trend in der Geburtshilfe und muss mehr auf ein Sicherheitsdenken zurückgeführt werden als auf eine höhere Komplikationsrate im Geburtsverlauf, die den Notfallkaiserschnitt indiziert. Das höchste Risiko muss im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung gesehen werden: Fehlgeburten (3,5% vs. 1,0%), Chromosomenanomalien (4,7% vs. 0,3%), intrauteriner Fruchttod (0,58% vs. 0,27%) scheinen tatsächlich mit dem mütterlichen Alter assoziiert zu sein, Frühgeburt und Untergewichtigkeit werden diskutiert. Die Wahrscheinlichkeiten, die immer nur auf das Gesamtkollektiv hin gesehen werden können, beziehen sich nicht auf den Einzelfall (wer mit einer bestimmten Komplikation zu kämpfen hat, den trifft es immer 100%). Dennoch könnte man keinesfalls der schwangeren Frau über 35 Unvernünftigkeit vorwerfen. Es kommt vorrangig darauf an, wie das biologische Alter der Mutter veranschlagt wird. Vor allem, wenn es sich um gesunde, normalgewichtige Frauen handelt, kann es kein besonderes Problem sein, sogar mit 40 oder mehr noch ein Kind zu bekommen.

Machbarkeitsdenken und Qualitätskontrollen haben die Familienplanung stark beeinflusst. Das Leben der Frau in unserer Gesellschaft hat gerade in den letzten Jahrzehnten radikale Änderungen erfahren. Beruf, Karriere und Kinder müssen vereinbart werden und das geschieht unter bestmöglicher Vorausplanung. Die physischen Grenzen limitieren die Möglichkeiten, wobei die Technik in den Dienst genommen wird, um diese Grenzen, soweit es geht, zu

verschieben. Der Spielraum wird erweitert, die Limitiertheit bleibt als Faktum bestehen. Aus dem Dargelegten ist klar ersichtlich, dass die so genannte ältere Frau (ab 35) auf die Freuden der Mutterschaft keinesfalls verzichten muss, oder dass sie, sollte sie nicht darauf eingestellt gewesen sein, erwarten darf, durch eine Schwangerschaft keine unverhältnismäßigen Strapazen aufgebürdet zu bekommen. Im Gegenteil: häufig bringt das unerwartete, späte Kind eine besondere Freude ins Haus.

Die begründete Ermunterung zur späteren Mutterschaft muss aber auch der Wahrheit Rechnung tragen, dass rein physiologisch gesehen die beste Zeit, Kinder zu bekommen, in früheren Jahren ist. Die Gesellschaft, die auf ihre gesunde Selbstregeneration besorgt sein muss, wird nicht umhin kommen, ernsthafte Lösungen zu suchen, die jüngere Frau zu unterstützen, Mutterschaft, Ausbildung und Karriereplanung vereinbar zu machen, ohne die „ältere“ Frau zu verunsichern.

Referenzen:

- 1 Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, Statistik Austria
- 2 Vgl. www.eltern.de, Schwangerschaft, Ein Baby mit über 35
- 3 Vgl. HUCH A., *Späte Mutterschaft – dramatische Folgen*, Gynäkologie 2/2001
- 4 Vgl. RITZINGER P., WEISSENBACHER E. R., *Später Kinderwunsch – Chancen und Risiken*, W. Zuckerschwerdt Verlag, München 2003, BERRYMAN J., THORPE K., WINDRIGE K., *Mut zur späten Schwangerschaft*, Kösel Verlag, München 1997, ZEBOTHSEN B., *Späte Schwangerschaft, kein Problem*, Nymphenburger Verlag, München 1997, LACKINGER KARGER I., *Jetzt ein Baby. 35 plus*, Vgs Verlagsges., Köln 2002 und BOHNHORST S., CERNA L., *Abenteuer Wunschkind*, Fischer TB, Frankfurt 2001
- 5 Dabei wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die Frauen Zugang zu den Möglichkeiten der westlichen Medizin haben. Was hier behauptet wird, trifft für Frauen in der dritten Welt nicht zu, welche bedauerlicherweise diesen Zugang nicht haben und zahlenmäßig in der Mehrheit sind.
- 6 Vgl. BIANCO A. et al., *Pregnancy Outcome at Age 40 and Older*, *Obstet Gynecol* (1996); 87: 917-922
HEINEMANN F. et al., *Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Outcome bei Frauen über 40 Jahre*, Geburtshilfe und Frauenheilkunde (1993); 53: 411-414
- 7 WELSCH H., *Müttersterblichkeit und perinatale Sterblichkeit*, in: MARTIUS G., RATH W., MARTIUS J., *Praxis der Frauenheilkunde, Band 2: Geburtshilfe und Perinatologie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1998, Müttersterblichkeit in Bayern: im Zeitraum 1989-1994: 9,2/100.000 insgesamt, davon 1,13/100.000

- wegen einer hypertensiven Erkrankung. Tab 7,4, Tab 7,5
- 8 Die angegebenen Zahlen variieren und schwanken zwischen 5% und 10%.
 - 9 Vgl. GILBERT W. et al., *Childbearing Beyond Age 40: Pregnancy Outcome in 24.032 Cases*, *Obstet Gynecol* (1999); 93: 9-14
 - 10 Vgl. LEIPOLD H., BANCHER-TODESCA D., *Gestationsdiabetes – eine oft unerkannte Erkrankung in der Schwangerschaft*, *Speculum* (2002); 20: 13-17
 - 11 Vgl. BIANCO A. et al., *Pregnancy Outcome at Age 40 and Older*, *Obstet Gynecol* (1996); 87: 917-922
GILBERT W et al., *Childbearing Beyond Age 40: Pregnancy Outcome in 24.032 Cases*, *Obstet Gynecol* (1999); 93: 9-14
 - 12 Vgl. GÜNTHER H. H. et al., *Der Gestationsdiabetes: Ein kontrovers diskutiertes Thema der Geburtshilfe*, Urban & Fischer Verlag (ZaeFa) 2002, 96: 655-663
 - 13 WEISS P. A. M. et al, *Effect of fetal hyperinsulinism on oral glucose tolerance test results in patients with gestational diabetes mellitus*, *Am J Obstet Gynecol* (2001); 184: 470-475
 - 14 INNES K. E. et al, *Relative glucose tolerance and subsequent development of hypertension in pregnancy*. *Obstet Gynecol* (2001); 97: 905-910
 - 15 Vgl. WILLIAMS M. A., et al., *Increasing Maternal Age as a Determinant of Plazenta Previa*, *Journal Reprod Med* (1993); 38: 425-428
 - 16 MILNER M. et al., *The impact of maternal age on pregnancy and its outcome*, *Int J Gynecol Obstet* (1992); 38: 281-286
 - 17 Vgl. WELSCH H., *Müttersterblichkeit während Geburt und Wochenbett bei vaginaler Entbindung und Sectio caesarea*, *Gynäkologe* (1997); 30: 742-756
 - 18 Vgl. WELSCH H., *Müttersterblichkeit und perinatale Sterblichkeit*, in: MARTIUS G., RATH W., MARTIUS J., *Praxis der Frauenheilkunde, Band 2: Geburtshilfe und Perinatologie*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1998, S. 122-136
 - 19 Vgl. *MSD-Manual der Diagnostik und Therapie*, 6. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München, Java (2000), S. 2435
 - 20 Wichtige neue Erkenntnisse können durch die erst jüngst gelungene Entwicklung eines Maus-Modells für das Down Syndrom erwartet werden. Vgl. NELSON D. L., GIBBS R. A., *The critical Region in Trisomy 21*, *Science* (2004); 306: 619-621 und OLSON L. E. et al., *A Chromosome 21 Critical Region does Not Cause Specific Down Syndrome Phenotypes*, *Science* (2004); 306: 687-690
 - 21 Vgl. TÖNZ O., *Vitaminprophylaxe mit Folsäure*, *Hospitalis* (2004); 74(9): 347-349
 - 22 Vgl. HOLLIER L. M. et al., *Maternal Age and Malformations in Singleton Births*, *Obstet Gynecol* (2000); 96: 701-706
 - 23 Vgl. RITZINGER P, WEISSENBACHER E. R., *Später Kinderwunsch Chancen und Risiken*. Verlag Zuckerschwerdt, München 2003, S. 46
 - 24 Vgl. ZHI-HAO L. et al., *Paternal Age and the Occurrence of Birth Defects*, *Am J Hum Genet* (1986); 39: 648-660
 - 25 Vgl. RITZINGER P, WEISSENBACHER E. R., *Später Kinderwunsch Chancen und Risiken*, Verlag Zuckerschwerdt, München 2003, S. 91
 - 26 Vgl. *ibid.* S. 47 ff
 - 27 Vgl. KISS H. et al., *Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery*, *Br Med J* (2004); 329: 371
 - 28 Vgl. ASTOLFI P. et al., *Delayed maternity and risk at delivery*, *Paediatr Perinat Epidemiol* (2002); (1): 67-72
 - 29 FRETTS R. C., USHER R. H., *Causes of fetal death in woman of advanced maternal age*, *Obstet Gynecol*(1997); 89: 40-45
 - 30 Vgl. KIELY J. et al., *An assessment of the effects of maternal age and parity in different components of perinatal mortality*, *Am J Epidemiol* (1986); 123: 444-454
 - 31 Vgl. VERCELLINI P. et al., *Pregnancy at forty and over: a case-control study*, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* (1993); 48: 191-195
 - 32 Vgl. HOOK E. B., *Rates of chromosomal abnormality at different maternal ages*, *Obstet Gynecol* (1981); 58: 282-285
 - 33 lt. Statistik Austria für das Jahr 2003: 12.625 Lebendgeburten von Müttern zwischen 35 und 45, 76.944 Lebendgeburten insgesamt
 - 34 Vgl. Vortrag von Univ.-Doz. Elisabeth KRAMPL, Wien: „Moderne Konzepte der Pränataldiagnostik“, 5. Juni 2004, Wien, <http://www.universimed.com/stage/networkcenter.php>
 - 35 Vgl. *MSD-Manual*, S. 2494
 - 36 GINDOFF P. R. et al., *Reproductive potential in the older woman*, *Fertil Steril* (1986); 46:989-1001
 - 37 Vgl. SZAMATOWICZ M. et al., *Fertility and infertility in aging woman*, *Gynecol Endocrinol* (1998); 12: 407-413
 - 38 Vgl. FRETTS R. C. et al., *Increased Maternal Age and the Risk of Fetal Death*, *N Engl J Med* (1995); 333: 953-1004
 - 39 BIANCO A. et al., *Pregnancy Outcome at Age 40 and Older*, *J Obstet Gynecol* (1996); 87: 917-922

Ist die Fristenlösung unantastbar? Die Neuregelung der Strafbarkeit der Abtreibung durch das Strafgesetzbuch (StGB) 1974 und ihre Einordnung in das österreichische Recht

Thomas PISKERNIGG

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag behandelt die Frage, ob Abtreibungen im Rahmen der sogenannten „Fristenlösung“ als rechtmäßig oder bloß straflos, aber dennoch rechtswidrig gelten müssen. Zur Klärung dieser Frage wird zuerst die Geschichte der „Fristenlösung“ genau beleuchtet. Weiters wird die Abtreibungsregelung in den Zusammenhang mit anderen Rechtsvorschriften, vor allem der zentralen Norm des § 22 ABGB gestellt. Dabei zeigt sich, dass bei zutreffender Betrachtung Abtreibungen – außer im Rahmen der medizinisch-vitalen Indikation – als rechtswidrig anzusehen sind. Der Beitrag behandelt auch diverse Schwierigkeiten oder gar Aporien, die sich bei der Einordnung der geltenden Abtreibungsregelung in die Gesamtrechtsordnung ergeben (insbesondere anhand der Frage der Gültigkeit des Vertrages mit dem Abtreiber), und plädiert abschließend für eine umfassende Neuregelung.

Schlüsselwörter: Fristenlösung, Strafbarkeit, Abtreibung, erstes Schwangerschaftsdrittel, Rechtswidrigkeit, Straffreiheit

Abstract

In this contribution, we discuss the question whether abortion within the first trimester is in keeping with existing law or merely ruled unpunishable, yet in conflict with the law. In this context it seems inevitable to mention the historic background, how this compromise between opposing political parties had been established. Furthermore, it is shown why abortion – outside vital medical indication – still has to be considered unlawful. Hence, several difficulties arise by the attempt to find a place for „Fristenlösung“ within the frame of applied law in general, prompting the challenge of a comprehensive amendment of this present practice.

Keywords: abortion, punishment, first trimester of pregnancy, unlawfulness, unpunishableness

Korrespondenzadresse des Autors: Dr. Thomas PISKERNIGG

IMABE-Institut, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Der Autor ist Jurist im Bundesdienst. Der Beitrag gibt die persönliche Meinung des Autors wieder.

1. Einleitung

a) Geschichtliche Vorbemerkung

Am 1. Jänner 2005 jährte sich das Inkrafttreten der sogenannten „Fristenlösung“¹, eines der umstrittensten „sozialreformatoren“ Gesetzentwürfe der Zweiten Republik, zum dreißigsten Mal. Während in Bezug auf die übrigen Bestimmungen des StGB im wesentlichen Konsens herrschte, konnte die Neuregelung der Strafbarkeit der Abtreibung nur mit knapper parlamentarischer Mehrheit, getragen von den Abgeordneten der SPÖ, durchgesetzt werden. ÖVP und FPÖ opponierten vehement, und sogar innerhalb der SPÖ war die „Fristenlösung“ erst das Resultat eines längeren, durchaus kontroversen Entscheidungsprozesses.²

Wer die Schärfe der im Parlament seinerzeit vorgetragenen Gegenargumente betrachtet, kann sich nur wundern, wie es dazu kam, dass die „Fristenlösung“ heute von allen politisch maßgeblichen Parteien akzeptiert wird. Selbst manche VertreterInnen der ÖVP sprechen mittlerweile von einem „Recht“ der Frau auf freie Entscheidung zur Abtreibung. In bald fünf Jahren Koalition der seinerzeitigen Fristenlösungsgegner war es nicht einmal möglich, Randkorrekturen im Interesse des Lebensschutzes vorzunehmen: so z. B. die Beratung durch eine vom Abtreiber unabhängige Stelle oder die Bedenkzeit von wenigen Tagen zwischen Beratungs- und Abtreibungstermin als Voraussetzungen der Straflosigkeit im Rahmen der „Fristenlösung“; die gesetzliche Verpflichtung zu anonymer statistischer Erfassung von Abtreibungen (Zahl, Motive etc.) als „flankierende Maßnahme“, um Aufschluss über mögliche sozialpolitische Gegenmaßnahmen zu bekommen; die Ermöglichung einer würdigen Bestattung der getöteten Kinder (wie z. B. in Bayern).

Im Rahmen dieses Beitrages soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die „Fristenlösung“ in das österreichische Rechtssystem

einordnen lässt. Dabei werden sowohl die Problematik der formalen Kategorisierung der „Fristenlösung“ (Rechtfertigungs-, Strafausschließungsgrund...?) als auch die Auswirkungen auf andere Rechtsgebiete (z. B. das Vertragsrecht) erörtert. Als Abrundung finden auch die Indikationstatbestände Berücksichtigung.

b) Aspekte der negativen Bewertung eines Handelns durch die Rechtsordnung

Wie es Abstufungen bei positiven Bewertungen von Handlungen durch die Rechtsordnung gibt (von der schlichten Erlaubnis bis hin zum durchsetzbaren Recht, das nötigenfalls andere gegen ihren Willen z. B. zur Mitwirkung zwingt), so gibt es diese auch bei negativen. Die stärkste Ablehnung artikuliert die Rechtsordnung, wenn sie ein bestimmtes Verhalten für rechtswidrig erklärt und darüber hinaus auch noch mit strafrechtlichen Sanktionen bedroht. Wer z. B. jemanden ermordet, verletzt das (auch verfassungsrechtlich geschützte, vgl. Art. 2 Europäische Menschenrechtskonvention [EMRK]) Recht auf Leben und handelt daher rechtswidrig; i. d. R. hat er mit einer hohen Gefängnisstrafe zu rechnen.

Der Staat versucht auf mehreren Ebenen, derart verpönte Handeln zu verhindern. Die wohl wichtigste Gegenmaßnahme besteht in der Etablierung von Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichten, welche die Aufgabe haben, strafbares Verhalten zu verhindern oder den Täter zumindest im Nachhinein der strafrechtlichen Verantwortung zuzuführen (vgl. §§ 19 ff. Sicherheitspolizeigesetz [SPG]).

Der Staat ist sich freilich auch dessen bewusst, dass aus faktischen Gründen keine lückenlose Kontrolle und daher rechtswidriges Handeln möglich ist, ohne dass ein Staatsorgan einschreiten kann. Deshalb anerkennt er zunächst das Recht Privater, rechtswidrige Angriffe auf eigene oder fremde Rechtsgüter abzuwehren (Notwehr bzw. Nothilfe, vgl. §§ 3 StGB, 19 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch [ABGB]³). Und selbst wenn kein das

Notwehr- bzw. Nothilferecht begründender Angriff stattfindet oder bereits stattgefunden hat, etabliert § 86 (2) Strafprozessordnung (StPO) ein Anhalterecht Privater.⁴

Nicht jede rechtswidrige Handlung muss jedoch auch gerichtlich strafbar sein und damit einer besonderen (auch sozial stigmatisierenden) Wirkung anheimfallen. Sie kann auch bloß vom Verwaltungsstrafrecht erfasst sein (was freilich dennoch empfindliche Strafen nach sich ziehen kann, wie etwa jeder Verkehrssünder weiß). Die Abwehrreaktionen der Rechtsordnung sind in diesem Bereich jedoch insgesamt schwächer (so fällt etwa das o. a. Anhalterecht Privater⁵ weg, die Polizei hätte nur bei besonderer verwaltungsgesetzlicher Ermächtigung die Befugnis, die Übertretung zu verhindern⁶).

Manche rechtswidrige Handlungen sind weder vom gerichtlichen Strafrecht noch vom Verwaltungsstrafrecht erfasst. Die Rechtsordnung zeigt ihre Missbilligung dennoch auf zivilrechtlicher Ebene, etwa indem sie Schadenersatzansprüche normiert. So erfüllt z. B. die fahrlässige Sachbeschädigung an sich keinen (Verwaltungs-)Straftatbestand. Wer sie jedoch verübt, wird dem Geschädigten schadenersatzpflichtig. Sogar Notwehr kann gegen fahrlässige Angriffe auf ein Vermögensgut statthaft sein, zumal weder Strafrechtswidrigkeit des Angriffs noch das Bewusstsein auf Seiten des Angreifers, einen Angriff zu tätigen, Notwehrvoraussetzungen darstellen.⁷ Verträge über Handlungen, die gegen ein Gesetz verstoßen, sind ungültig (§ 879 [1] 1. Fall ABGB), sofern sich aus dem Schutzzweck der Verbotsnorm nichts anderes ergibt.⁸

Die gewissermaßen schwächste Form der Missbilligung zeigt die Rechtsordnung gegenüber Handlungen, die zwar nicht gegen das Gesetz, aber dennoch gegen die guten Sitten verstoßen (so z. B. die Prostitution in dem Ausmaß, in dem sie nicht verboten ist). Immerhin können diese nicht Gegenstand eines rechtsgültigen Vertrages werden (§ 879 [1] 2. Fall ABGB).⁹

2. Die Abtreibung vor dem Hintergrund des StGB – bloß straflos, oder auch rechtmäßig?

a) Zur Ausgangslage

Die oben dargelegten Fragen der Einordnung von Handlungen in die Rechtsordnung mögen – gerade dem juristisch versierten Leser – vielleicht wenig originell anmuten, und dies durchaus zu Recht. Umso überraschender ist es freilich, dass, sobald Aspekte der Abtreibungsfrage zur juristischen Beurteilung anstehen, ansonsten klare und anerkannte juristische Kategorien selbst von Höchstgerichten und Rechtsgelehrten hohen Ranges verwischt, wenn nicht sogar völlig konträr zur sonstigen Übung behandelt werden. Dies wird an einem konkreten Beispiel näher zu zeigen sein.¹⁰

Den logischen Anfang dieser Erörterungen stellt jedoch die rechtliche Einordnung der Tatbestände des § 97 StGB dar, welche die Straflosigkeit von Abtreibungen normieren, insbesondere die „Fristenlösung“.

b) Die Geschichte der „Fristenlösung“ (§ 97 [1] Z. 1 StGB¹¹) und daraus zu ziehende Schlussfolgerungen auf die Rechtmäßigkeit von in ihrem Rahmen begangenen Abtreibungen

Wie eingangs bereits erwähnt, war die Neuregelung der Abtreibungsstrafbarkeit der umstrittenste Punkt im Zuge der Neufassung des StGB. Auch in der SPÖ war sie keineswegs unumstritten. So lautete das „Justizprogramm 1970-1974“, beschlossen vom Parteirat der SPÖ am 22. 11. 1969, noch folgendermaßen: „Bei der Schwangerschaftsunterbrechung ist der besonderen Konfliktsituation der Frau dadurch Rechnung zu tragen, daß ein gerichtlicher ‚Schuldspruch ohne Strafe‘ erfolgen kann.“¹² Die (unter dem SPÖ-Justizminister BRODA erstellte) Regierungsvorlage 1971¹³ wollte – neben näher ausgeführten Indikati-

onstatbeständen – die Abtreibung bei „besonders berücksichtigungswürdigen Gründen“ (§ 85 [2] des Entwurfs) als „nicht strafbar“ erklären. In den bezughabenden Erläuterungen wurde die Einführung partieller Straflosgigkeit mit einem „Mangel an Strafbedürfnis“ begründet. § 89 des Entwurfs normierte sogar ein Werbeverbot für Abtreibungen.

Daraus lässt sich schließen, dass die Rechtswidrigkeit der – wenn auch straflosen – Abtreibung nicht in Zweifel gezogen wurde. Ein Schuldspruch ohne Strafe bzw. die Feststellung eines mangelnden Strafbedürfnisses sind klarerweise nur bei rechtswidrigen Handlungen sinnvoll. Bei rechtmäßigen Handlungen kann von vornherein kein Schuldspruch erfolgen bzw. stellt sich die Frage nach dem Strafbedürfnis von vornherein nicht. Auch das Werbeverbot deutet in dieselbe Richtung.

In der Folge verschafften sich jedoch radikalfeministische Kreise, die einer „Entscheidungsfreiheit“ der Frau über das ungeborene Leben („Mein Bauch gehört mir!“) das Wort redeten, innerhalb der SPÖ immer mehr Gehör. Diese forderten neben Indikationsstatbeständen eine „Fristenlösung“, in deren Rahmen eine Abtreibung ohne Begründung straflos bleiben sollte. So wurde am Villacher Parteitag der SPÖ 1972 eine Regelung beschlossen, wie sie dann im Wesentlichen auch Eingang in das StGB gefunden hat und bis dato fortbesteht.¹⁴

Die letztlich beschlossene Regelung bedeutet(e) zunächst ganz offensichtlich eine Erweiterung der Möglichkeit zur straflosen Abtreibung. Fraglich bleibt beim ersten Hinsehen jedoch, ob Abtreibungen nach dem Willen des Gesetzgebers nunmehr auch das Prädikat der Rechtmäßigkeit zukommen sollte. Festzuhalten ist jedenfalls, dass man die ausdrückliche Rechtmäßigkeitserklärung im Gesetzestext selbst unterlassen hat. Um den „wahren Willen des Gesetzgebers“ erforschen oder sich ihm zumindest nähern zu können, muss man sich daher mit den Argumenten auseinandersetzen, die für die Neuregelung in

der geltenden Fassung letztlich tatsächlich ins Treffen geführt wurden (die folgenden Ausführungen stützen sich auf die einen guten Überblick bietende Darstellung SAGMEISTERS¹⁵).

c) Von der SPÖ-Fraktion im Parlament bzw. im Justizausschussbericht ins Treffen geführte Gründe für die „Fristenlösung“ und daraus zu ziehende Rückschlüsse auf ihre rechtliche Einordnung

„Die strengen Strafbestimmungen haben die illegalen Abtreibungen nicht zu verhindern vermocht“: Dieses Argument ist nur vor dem Hintergrund der Rechtswidrigkeit von Abtreibungen sinnvoll. Ginge man nämlich von der Rechtmäßigkeit von Abtreibungen aus, weil etwa ein „Recht der Frau auf ihren eigenen Bauch“ bestehe, so müsste das Argument für die Aufhebung der Strafbarkeit lauten, dass die Strafbarkeit das Entscheidungsrecht der Frau verletze o. ä. Von diesem Standpunkt aus müssten gerade *wirksame* Strafbestimmungen Kritik erfahren.

„Die Entwicklung in anderen Staaten“: Auch dieses Argument stützt die Rechtmäßigkeitsthese nicht unbedingt, da die Regelungen in den Nachbarstaaten (genannt wurden etwa BRD, Schweiz, Finnland, Schweden, die [damaligen] Ostblockstaaten, Japan, Nordkorea, China und Indien) recht inhomogen waren.

„Der § 144 (Anm.: Vorgängerbestimmung der §§ 96 ff. StGB im Strafgesetz – StG) ist ein Klassenparagraph“: Mit diesem Schlagwort wurde beklagt, es sei ungerecht, dass reiche Frauen sich relativ leicht einer illegalen Abtreibung unterziehen können, ärmere jedoch nicht. Wer so dachte, dürfte die Absicht gehabt haben, die Rechtmäßigkeit von Abtreibungen zu etablieren. Wer Abtreibung dagegen als Unrecht ansieht, wird es konsequenterweise sogar positiv beurteilen, dass nur wenigen Mittel und Wege zur Verfügung stehen, Unrecht zu begehen.

„Die Frau soll in eigener Verantwortung entscheiden“: In dieser Forderung ist eindeutig die

Annahme der Rechtmäßigkeit von Abtreibungen enthalten. Ein Entscheidungsrecht kann es in einem Rechtsstaat nämlich klarerweise nur in Bezug auf rechtmäßige Handlungen geben; auch in einer liberalen Demokratie hat niemand das Recht, Unrecht zu tun.

„Helfen ist besser als strafen“: Diese Gegenüberstellung geht von einer typischerweise bestehenden Not- bzw. Konfliktlage der Frau aus, die eine Abtreibung erwägt oder durchführen hat lassen. Sie lässt sich kaum mit der Annahme der Rechtmäßigkeit von Abtreibungen vereinbaren. Wäre Abtreibung nämlich als rechtmäßig anzusehen, so dürfte sich die Frage der Strafe – ganz unabhängig von der Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen – von vornherein gar nicht stellen.

„Die Fristenlösung gewährleistet besser die Gesundheit der Frau“: Die (nach damaligem Stand der medizinischen Wissenschaft getroffene) Annahme, dass die Abtreibung in den ersten drei Monaten und durch einen Arzt gesundheitlich am wenigsten gefährlich sei, könnte als Argument für die mangelnde Strafwürdigkeit ins Treffen geführt werden. Wenn neben dem Tod des Embryos wegen des fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadiums oder unsachgemäßer Ausführung durch einen Nichtarzt auch noch die Gesundheit der Frau auf dem Spiel stehe, solle die Strafbarkeit wieder eintreten. Die Rechtmäßigkeit folgt aus diesem Gedankengang zumindest nicht zwingend.

Man sieht also, dass vom „Gesetzgeber“, d. h. von den für die Etablierung der „Fristenlösung“ verantwortlichen Personen, in den Parlamentsdebatten durchaus mehrdeutige Begründungen abgegeben wurden. Diese Mehrdeutigkeit findet sich auch im bezug habenden Bericht des Justizausschusses (JAB) wieder.¹⁶ In diesem wird zwar ohne weitere Begründung angemerkt, dass die „Fristenlösung“ (ebenso wie die Indikationen) die Rechtswidrigkeit ausschließen, als Begründung dafür werden aber wiederum die o. a. mehrdeutigen Argumente angeführt, sodass man durchaus mit einiger Berechtigung von

einem Redaktionsversehen bei der Abfassung des Berichts ausgehen könnte.

Dazu kommt, dass auch von sozialistischer Seite die Abtreibung grundsätzlich als zu vermeidendes Übel angesehen und ein von der ÖVP eingebrachter Entschließungsantrag zum Schutze des Lebens mit folgendem Wortlaut einstimmig angenommen wurde: „Angesichts der Tatsache, dass der Schwangerschaftsabbruch weder eine gesellschaftlich wünschenswerte noch eine medizinisch empfehlenswerte Methode der Geburtenkontrolle oder der Familienplanung ist, und angesichts der Tatsache, dass der Schwangerschaftsabbruch von der Strafgesetzgebung her allein nicht wirksam genug verhindert werden kann, wird die Bundesregierung ersucht, insbesondere folgende (...) Maßnahmen vorzubereiten und durchzuführen: (...)“¹⁷ Im Übrigen ist der JAB auch nur ein (wenn auch hervorgehobenes) Hilfsmittel unter anderen bei der historischen Interpretation einer Norm.¹⁸

Es zeugt damit schon deshalb nicht von tiefgehender, methodisch fundierter Reflexion, wenn von manchen zur Begründung der Rechtfertigungswirkung der „Fristenlösung“ lapidar auf den JAB verwiesen wird.¹⁹ Im übrigen wird man annehmen können, dass dem Gesetzgeber die zentralen, ungeborene Kinder hinsichtlich ihrer Rechte Geborenen gleichstellende Normen des ABGB (§§ 22 i. V. m. 16) bekannt gewesen waren. Hätte man eine Rechtfertigungswirkung der „Fristenlösung“ etablieren wollen, so hätte man der Deutlichkeit halber auch § 22 ABGB aufheben oder modifizieren müssen. Gewiss, das StGB und das ABGB stehen formell auf der gleichen Stufe, sodass das später erlassene StGB ältere widersprüchliche Normen des ABGB außer Kraft setzen könnte. Im Gegenstand ist gerade dies jedoch fraglich. Anzunehmen, dass eine fast beiläufig anmutende Bemerkung im JAB die ordnungsgemäß kundgemachte und formell niemals aufgehobene Bestimmung des § 22 ABGB aufheben könnte, ist methodisch äußerst kritikwürdig.²⁰

d) Weitere (methodische) Aspekte

Das bisher Gesagte zusammenfassend kann man sagen, dass auf Basis historischer Interpretation sich zwar Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Gesetzgeber der „Fristenlösung“ deren Rechtfertigungswirkung etablieren wollte. Geboten oder gar zwingend ist dieser Schluss jedoch nicht, zumal man auch (sogar überwiegende) gegenteilige Aspekte ins Treffen führen kann.

Darüber hinaus lässt sich noch viel grundsätzlicher bezweifeln, dass ein – selbst eindeutiges – Ergebnis historischer Interpretation hier maßgeblich sein könnte. Wie F. BYDLINSKI gezeigt hat, haben Ergebnisse der grammatikalischen und systematisch-logischen Interpretation Vorrang vor Erkenntnissen der historischen Auslegung.²¹ Und diese Ergebnisse sprechen praktisch eindeutig gegen die Rechtfertigungsthese, wobei in diesem Zusammenhang § 22 ABGB die zentrale Norm darstellt.²²

Die Volksanwaltschaft hat sich in einer aktuellen Entscheidung eingehend mit auf Basis systematischer Interpretation vertretenen Argumenten auseinandergesetzt²³, welche die Rechtfertigungsthese stützen sollten, und diese überzeugend widerlegt. Im Folgenden braucht daher nur kurz auf die wesentlichen Punkte verwiesen werden.

Der von manchen²⁴ ins Treffen geführten „Dominanz des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren“ im Anfangsstadium der Schwangerschaft wird überzeugend entgegengehalten, dass ein solches einer klaren gesetzlichen Grundlage entbehre und überdies im Widerspruch zu § 22 ABGB stehe. Die Tötung eines Lebewesens allein unter Berufung auf ein „Selbstbestimmungsrecht“ sei nicht einmal mehr bei Tieren zulässig (vgl. § 6 Tierschutzgesetz).²⁵

Ein stärkeres Argument für die Rechtfertigungswirkung der „Fristenlösung“ stellt das Benachteiligungsverbot des § 97 (3) StGB²⁶ dar²⁷, und tatsächlich wurde die Bedeutung desselben noch bis vor kurzem als nicht geklärt

bezeichnet.²⁸ Die Volksanwaltschaft hat jedoch in einer aktuellen Entscheidung zwischen Nichtdiskriminierungs- und (Quasi-)Rechtfertigungswirkung unterschieden und zutreffend festgehalten, dass kein „Diskriminierungsverbot (...) den von ihm geschützten Subjekten eine schlechthin unangreifbare, den sonstigen Ge- und Verboten der Rechtsordnung exemte Rechtsstellung verleihen“ könne²⁹. Somit ist auch aus den Benachteiligungsverboten zugunsten von Abtreibern kein durchschlagendes Argument für eine Rechtfertigungswirkung der „Fristenlösung“ zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang näher behandelenswert wäre freilich noch § 6 (3) KAKuG³⁰ (früher: KAG). Der Wortlaut scheint auf den ersten Blick eine glatte Rechtmäßigkeitserklärung von Abtreibungen im Rahmen der „Fristenlösung“ zu enthalten. Wenn der Klinikbetreiber eine Handlung per Anstaltsordnung, wie es scheint, nicht einmal in seinen eigenen Räumlichkeiten verbieten darf, so könnte man meinen, diese müsse nicht nur nicht rechtswidrig, sondern sogar äußerst wünschenswert sein.

Diese Bestimmung wurde von der Tiroler und der Vorarlberger Landesregierung seinerzeit tatsächlich in diesem Sinne verstanden. Die beiden Landesregierungen sahen darin u.a. einen Verstoß gegen die Glaubens- und Gewissensfreiheit, zu der auch das Recht gehöre, seinem Glauben und Gewissen gemäß zu handeln. Durch § 6 (3) KAKuG werde der die Anstaltsordnung erlassende Rechtsträger jedoch verpflichtet, Abtreibungen in seinem Anstaltsbereich zu bejahen oder zumindest zu dulden.

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH)³¹ hat die angefochtene Bestimmung freilich verfassungskonform (d. h. bezogen auf den Wortlaut einschränkend) interpretiert und daher keinen Anlass für eine Aufhebung gesehen: „Der Wortlaut der Vorschrift zeigt, daß die Bestimmungen, deren Aufnahme in die Anstaltsordnung untersagt ist, sich nicht auf die Umschreibung des Aufgabenbereichs der

Anstalt, sondern auf das Verhalten des Rechtsträgers der Anstalt gegenüber an der Anstalt beschäftigten Personen beziehen.“ Die Dispositionsbefugnis des Anstaltsträgers hinsichtlich der im gesetzlichen Rahmen freien Wahl der Aufnahme von Patienten werde dadurch nicht beeinflusst. Nach Auffassung des VfGH kann daher der Anstaltsträger Schwangere, die eine Abtreibung wünschen, sehr wohl abweisen und so Abtreibungen in seiner Anstalt verhindern, zumal eine Verpflichtung zur Aufnahme nur bei unabweisbar Kranken bzw. Personen, die einer unbedingt notwendigen ärztlichen Hilfe bedürfen, bestehe.

Das Verbot des § 6 (3) KAKuG ist nach zutreffender Auffassung des VfGH, von der implizit auch die Volksanwaltschaft ausgeht³², somit bloß eine weitere Ausformung des Benachteiligungsverbot gemäß § 97 (3) StGB insofern, als Personen, die sich an Abtreibungen *außerhalb* der Anstalt, an der Abtreibungen – legitimerweise! – unerwünscht sind, beteiligen, auf Grundlage von Bestimmungen in der Anstaltsordnung der „abtreibungsfeindlichen“ Anstalt keine nachteiligen dienstrechtlichen Folgen treffen dürfen. Ein Argument für die Rechtmäßigkeit von Abtreibungen kann somit aus § 6 (3) KAKuG ebensowenig wie aus § 97 (3) StGB gewonnen werden.

e) Die Problematik der Indikationstatbestände (§ 97 [1] Z. 2, 3 StGB)³³

Auch diesbezüglich hat die Volksanwaltschaft in der o. a. Entscheidung in zutreffenden und ausführlichen Erörterungen sämtliche Argumente widerlegt, welche – z. T. auch von höchstgerichtlicher Seite³⁴ – für die Rechtfertigungswirkung der Indikationstatbestände ins Treffen geführt werden.³⁵ Nur die medizinisch-vitale Indikation, welche letztlich eine rechtslogisch nicht auflösbare aporetische Situation mit sich bringe, sei ohne Bruch mit ansonsten anerkannten Prinzipien der Rechtfertigungsdogmatik als Rechtfertigungsgrund anzuerkennen.³⁶

Der überzeugenden Argumentation der Volksanwaltschaft ist m. E. nichts Substantielles hinzuzufügen, weshalb auch hier die kurze Wiedergabe der wesentlichen Argumentationslinien genügt: Allfällige historische Argumente zugunsten der Rechtfertigungswirkung der Indikationen seien aus denselben methodischen Gründen, wie im Zusammenhang mit der „Fristenlösung“ erörtert, unbeachtlich.³⁷ Wie bereits bei der Einordnung der „Fristenlösung“, so spiele auch hier die Bestimmung des § 22 ABGB eine zentrale Rolle. Weil eben das Leben des ungeborenen Kindes gleich dem des geborenen Menschen einen Höchstwert darstelle, sei von vornherein keine Relativierung durch sonstige Interessen möglich, selbst wenn dies im Einzelfall zu Härten führen könne (z. B. bei nicht tödlicher Gesundheitsbedrohung der Schwangeren). Dem entspreche, was die h. A. im Zusammenhang mit der Problematik des rechtfertigenden Notstandes vertrete: „Droht durch die Rettungshandlung der Verlust des (höchsten) ‚Rechtsguts‘ Leben, so scheidet rechtfertigender Notstand zwingend und kategorisch aus.“³⁸

Daran können weder „umfassende Interessenabwägungen“ unter Berücksichtigung allfälliger Interessen der Allgemeinheit an möglichst ungefährlichen Abtreibungen³⁹ noch die „Einzigartigkeit“ des Verhältnisses zwischen Mutter und ungeborenem Kind oder der systematische Zusammenhang mit § 17 Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG) etwas ändern.⁴⁰ Gegenteiliges folge auch aus verfassungsrechtlichen Erwägungen⁴¹ oder aus der beschränkten Erlaubnis der Genanalyse⁴² nicht.⁴³

3. Die Problematik der Einordnung der „Fristenlösung“ anhand eines konkreten Einzelbeispiels

Wie oben bereits erwähnt, werden in der Diskussion um die „Fristenlösung“ bzw. die sonstigen Straflosigkeitstatbestände des § 97 StGB ansonsten klare und anerkannte juristische Kategorien selbst von Höchstgerichten

und Rechtsgelehrten hohen Ranges verwischt, wenn nicht sogar völlig konträr zur sonstigen Übung behandelt. Dies soll im Folgenden an der Problematik der (Un-)Gültigkeit des Vertrages über die Abtreibung gezeigt werden.

§ 879 (1) ABGB normiert die Ungültigkeit von Verträgen, die gegen ein gesetzliches Verbot verstoßen.⁴⁴ Dies wird von Lehre und Rechtsprechung dahingehend interpretiert bzw. eingeschränkt, dass die Nichtigkeit (nur) dann eintritt, wenn die jeweilige Verbotsnorm die Nichtigkeit ausdrücklich anordnet oder zumindest der Verbotszweck die Nichtigkeit verlangt.⁴⁵

Diesen Grundsätzen gemäß ist der Abtreibungsvertrag eindeutig nichtig, da die Rechtswidrigkeit der Abtreibung aus § 22 ABGB folgt, der eine Schutznorm zugunsten Ungeborener darstellt. Gemäß dieser Bestimmung sind, wie bereits ausgeführt, ungeborene Kinder Geborenen, soweit es um ihre Rechte geht, gleichgestellt. Da nun ein Abtreibungsvertrag eine Handlung zum Gegenstand hat, die gegen ihr elementares Recht auf Leben verstößt, kann ein solcher Vertrag (ebenso wie ein Vertrag, der die rechtswidrige Tötung eines geborenen Menschen zum Inhalt hat) vom Schutzzweck des § 22 ABGB her nur nichtig sein.⁴⁶

Dennoch möchte etwa KOZIOL, obgleich er prinzipiell von der Rechtswidrigkeit der Abtreibung im Rahmen der „Fristenlösung“ ausgeht⁴⁷, den Vertrag mit dem Abtreiber unter Berufung auf den Willen des Gesetzgebers als gültig ansehen.⁴⁸ Diese Argumentation stellt allerdings einen drastischen Bruch mit ansonsten anerkannten Grundsätzen der (Zivil-)Rechtsdogmatik dar.⁴⁹ Sie ist auch deshalb abzulehnen, weil, wie oben gezeigt, der historische Wille des Gesetzgebers erstens auf Basis systematischer Interpretation erzielte Ergebnisse schon aus prinzipiellen methodischen Gründen nicht außer Kraft setzen kann und zweitens der historische Befund durchaus ambivalent erscheint.

Noch drastischer argumentiert der Oberste Gerichtshof (OGH) – allerdings im Zusammenhang mit der eugenischen Indikation.⁵⁰ Er nimmt dabei ausdrücklich in Kauf, dass

der „sonst die Rechtfertigungsdogmatik beherrschende Grundsatz, unschuldiges, an der Entstehung der Notlage unbeteiligtes menschliches Leben dürfe nicht mit direktem Vorsatz ausgelöscht werden“, durchbrochen wird. Im konkreten Fall komme es auf eine *umfassende Interessensabwägung* an. Diese dürfe „nicht auf eine Gegenüberstellung von ‚Leben gegen Leben‘ verkürzt werden, sondern [habe] neben den sonstigen individuellen Belastungen der Schwangeren auch das Interesse der Allgemeinheit an einer möglichst wenig gefährlichen, d. h. kunstgerechten Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs durch einen Arzt in die Abwägung miteinzubeziehen. Dieses Ziel wäre nicht zu erreichen, wenn selbst in indizierten Fällen der Schwangerschaftsabbruch mit dem *Makel des Illegalen* (Hervorhebung vom Autor) behaftet wäre.“

Ein wenig erinnert diese Argumentation an den Versuch des deutschen Bundesverfassungsgerichts (BVerfG)⁵¹, einerseits das Postulat der Gleichwertigkeit von ungeborenen und geborenen Personen hochzuhalten⁵², andererseits aber doch eine „Fristenlösung“ mit Beratungspflicht als verfassungskonform einzustufen. Die Rechtsgültigkeit des Abtreibungsvertrages begründet das BVerfG *trotz Betonung der Rechtswidrigkeit der Handlung selbst* u. a. mit folgenden Worten: „Hierbei verlangen die Besonderheiten des Beratungskonzepts, auch für den Fall eines späteren Schwangerschaftsabbruchs Bedingungen zu schaffen, die nicht im Vorwege der Bereitschaft der Frau entgegenwirken, sich auf die dem Lebensschutz dienende Beratung einzulassen (...) muß sichergestellt sein, daß gegen das Handeln der Frau und des Arztes von Dritten Nothilfe zugunsten des Ungeborenen nicht geleistet werden kann⁵³. Die Frau muß auch in der Lage sein, den Abbruch durch einen Arzt im Rahmen eines wirksamen privatrechtlichen Vertrages durchführen zu lassen (...).“⁵⁴ „Vor allem bedarf der vom Arzt zu gewährleistende *Schutz des ungeborenen Lebens* (Hervorhebung vom Autor)

und der Gesundheit der Frau vertragsrechtlicher Absicherung. Die Schlechterfüllung der Beratungs- und Behandlungspflichten muß deshalb grundsätzlich auch vertrags- und deliktsrechtliche Sanktionen auslösen.⁵⁵

Im Rahmen der vom BVerfG etablierten „Lösung“ des Schwangerschaftskonflikts ist also die Gültigkeit des Abtreibungsvertrages ein Bestandteil des „Schutzkonzepts“ zugunsten des ungeborenen Lebens. Wie aus o. a. Zitat hervorgeht, betrachtet das BVerfG offenbar sogar die trotz zum Leben ermunternder Beratung im *konkreten* Fall durchgeführte Abtreibung selbst als einen Beitrag zum Schutz des ungeborenen Lebens *im Allgemeinen*.

Damit gerät jedoch ein Rechtssystem, dessen Basis, wie nicht nur das BVerfG (auch in Bezug auf Ungeborene) betont, die Menschenwürde darstellt⁵⁶, in einen unauflöselichen Selbstwiderspruch.⁵⁷ Der Kern der Menschenwürde besteht nämlich nach praktisch einhelliger Auffassung, die auch vom BVerfG geteilt wird, im Dasein des Menschen um seiner selbst willen, woraus das Verbot folgt, einen Menschen ausschließlich als Mittel zu einem außerhalb seiner Person liegenden Zweck zu missbrauchen. Gerade eine solche verbotene „Verzweckung“ bringt jedoch das vom BVerfG favorisierte Schutzkonzept mit sich. Mit dem Postulat der Möglichkeit ungestörter, vertraglich abgesicherter Tötung für die Schwangere wird dem konkret betroffenen Ungeborenen im Ergebnis eine „Rechtspflicht“ auferlegt, seine – nach Auffassung des BVerfG rechtswidrige! – sichere Tötung zu dulden, damit sich – möglicherweise – in Summe mehr Frauen als bisher für die Respektierung des Lebensrechts ihres ungeborenen Kindes entscheiden.

Der einzige „Zweck“ der Existenz des im Rahmen eines solchen „Schutzkonzepts“ getöteten Kindes hätte somit darin bestanden, Frauen die Sicherheit zu geben, ihre ungeborenen Kinder erforderlichenfalls ungestört töten zu können, um die Inanspruchnahme einer lebensfreundlichen Beratung attraktiver zu machen. Selbst wenn diese

„Rechnung“ in Summe tatsächlich aufginge, stünde sie unzweifelhaft im Widerspruch zur Menschenwürde. Dies hat im Grundsatz der deutsche Bundesgerichtshof (BGH) bereits vor Jahrzehnten in noch heute gültiger und überzeugender Weise dargelegt: Es widerspreche der „von der christlichen Sittenlehre her bestimmten Kulturanschauung (...), den für die Erhaltung von Sachwerten angemessenen Grundsatz des kleineren Übels anzuwenden und den rechtlichen Unwert der Tat nach dem sozialen Gesamtergebnis abzuwägen, wenn Menschenleben auf dem Spiele stehen.“⁵⁸

Die Argumentation des BVerfG – und noch mehr die des OGH, zumal diese auch im Differenzierungsgrad nicht an die des BVerfG heranreicht – ist daher wegen des Widerspruchs zur Menschenwürde abzulehnen. Der Vertrag über eine rechtswidrige Tötung bleibt nichtig, ohne wenn und aber.

4. Resümee und Ausblick

Die eben abgeschlossenen Überlegungen haben gezeigt, in welche – auch rechtsdogmatische – Abgründe die „Fristenlösung“ führt. Selbst nach dreißig Jahren hat sich ihr Charakter als (auch vom methodischen Standpunkt aus betrachtet) Fremdkörper in unserer auf der unveräußerlichen Menschenwürde basierenden Rechtsordnung nicht verändert. Es ist daher äußerst betrüblich, dass auf Seiten der politisch Verantwortlichen nicht einmal Mut und Wille zu Randkorrekturen gegeben sind. In bemerkenswerter Unkenntnis der Rechtslage wird manchmal sogar von einem „Recht“ auf Abtreibung gesprochen, als ob der Staat die Durchführung rechtswidriger Handlungen gewährleisten müsste.

Selbstverständlich kann niemand leugnen, dass auch in einem so reichen Staat wie Österreich eine unerwartete Schwangerschaft eine Frau, ja eine ganze Familie vor unlösbar scheinende Probleme stellen kann. Härten bei der Erfüllung von Rechtspflichten sind freilich

keine Besonderheit einer Schwangerschaft. Sie können bei verschiedenen Gelegenheiten auftreten. Die Rechtsordnung trägt dem durchaus Rechnung (vgl. z. B. die Bestimmung des entschuldigenden Notstandes, § 10 StGB⁵⁹).

Mit der Mutterschaft in der Frühphase verbundene Probleme und möglicherweise auftretende psychische Ausnahmesituationen haben zur Erlassung des § 79 StGB geführt, der die Tötung eines Kindes während und unmittelbar nach der Geburt durch die Mutter nur mit relativ geringer Strafe bedroht.⁶⁰ Damit und unter Berücksichtigung weiterer gesetzlicher Möglichkeiten der Strafmilderung lassen sich auch Schwangerschaftskonflikte adäquat erfassen.

Die beste und zugleich einfachste Lösung bestünde m. E. darin, die Regelung des „Schwangerschaftsabbruchs“ im StGB mit Ausnahme der medizinisch-vitalen Indikation überhaupt zu streichen und im § 79 StGB das Wörtchen „vor“ einzufügen, sodass der Anfang dieser Bestimmung lauten würde wie folgt: „Eine Mutter, die das Kind vor, während der Geburt (...)“ Für den Abtreiber sowie sonstige Beteiligte sollten die allgemeinen Bestimmungen über Tötungsdelikte gelten. Damit würden sowohl die methodischen als auch rechtsethischen Probleme, welche die „Fristenlösung“ mit sich bringt, entscheidend entschärft.

Referenzen:

- 1 Von Personen, denen der Lebensschutz ein Anliegen ist, wird dieser Begriff mit der Begründung vermieden, dass es sich hierbei um keine wie auch immer geartete „Lösung“ handle. Ich stimme dem hinsichtlich des Nichtvorliegens einer „Lösung“ zwar zu, verwende aber den Begriff aufgrund seiner allgemeinen Gebräuchlichkeit. Nicht verwenden werde ich allerdings den gesetzlichen Begriff „Schwangerschaftsabbruch“, den ich nach wie vor für einen unerträglichen euphemischen Zynismus halte.
- 2 Vgl. dazu die eingehende Darstellung bei SAGMEISTER, Fristenlösung. Wie kam es dazu? (1981) 32 ff.
- 3 Die notwehrfähigen Rechtsgüter gemäß § 3 StGB sind Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Freiheit und Vermögen. Nach neuerer Auffassung sind vom zivilrechtlichen Notwehrbegriff des § 19 ABGB auch weitere Rechtsgüter (zB die Ehre) erfasst, wobei die Abwehrbefugnisse freilich nicht so weit gehen wie bei der strafrechtlich normierten Notwehr (PISKERNIGG, Die Selbsthilferegelung des ABGB [1999] 139 ff.; zustimmend LEWISCH in Wiener Kommentar zum StGB² [2003] RZ 8 zu § 3; POSCH in SCHWIMANN, Praxiskommentar zum ABGB I³ [2005] RZ 16, 22 zu § 19).
- 4 Wortlaut: „Liegen hinreichende Gründe für die Annahme vor, daß eine Person eine mit gerichtlicher Strafe bedrohte Handlung ausführe, unmittelbar vorher ausgeführt habe, oder daß nach ihr wegen einer solchen Handlung gefahndet werde, so ist jedermann berechtigt, diese Person auf angemessene Weise anzuhalten.“
- 5 Das Einschreiten Privater könnte allerdings in Ausnahmefällen auch hier nach den Grundsätzen der Selbsthilfe gemäß §§ 19, 344 ABGB statthaft sein (vgl. PISKERNIGG, a.a.O. 225 ff.).
- 6 HAUER/KEPLINGER, Sicherheitspolizeigesetz² (2001) 181.
- 7 Vgl. FABRIZY, StGB⁸ (2002) RZ 3 zu § 3.
- 8 KOZIOL/WELSER, Bürgerliches Recht I¹¹ (2000) 155 f.
- 9 So betreffend einen Vertrag über entgeltliche geschlechtliche Hingabe OGH 3 Ob 516/89; KREJCI in RUMMEL, ABGB I³ (2000) RZ 75 ff. zu § 879.
- 10 Vgl. Pkt. 3.
- 11 Wortlaut: „Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar, 1. wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird“.
- 12 Zit. nach SAGMEISTER, a. a. O. 37.
- 13 30 der Beilagen zu den Sten. Prot., XIII. GP.
- 14 SAGMEISTER, a. a. O. 47 ff.
- 15 A.a.O. 73 ff.
- 16 959 der Beilagen zu den Sten. Prot., XIII. GP.
- 17 961 der Beilagen zu den Sten. Prot., XIII. GP.
- 18 Zurecht hat daher neben anderen etwa in jüngerer Zeit wieder HIRSCH in einer ausführlichen und überzeugenden historischen Analyse (Arzthaftung bei fehlgeschlagener Familienplanung [2002] 107 ff.) die Begründung der Rechtfertigungswirkung der Fristenlösung mit historischen Argumenten abgelehnt; ebenso die Entscheidung der Volksanwaltschaft vom 9.4.2005, GZ W/203-Schu/02, Pkt. II.3.a (veröffentlicht in: J. BONELLI [Hgl], Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken, IMABE-Studie Nr. 5 [2005] 8 ff. Diese Entscheidung wird hier nach der Abschnittseinteilung zitiert, wie sie im Originaltext aufscheint. Ein zustimmender Kommentar zu dieser Entscheidung von WALDSTEIN findet sich in diesem Heft auf S. 225-227).
- 19 Z. B. FABRIZY, a. a. O. RZ 1 zu § 97; LEUKAUF/STEININGER, Kommentar zum StGB³ (1992) RZ 1 zu § 97.
- 20 Zurecht stellt daher F. BYDLINSKI (Der Schutz des Ungeborenen in zivilrechtlicher Sicht, in: PAMMER/WEILER [Hgl], Volle Menschenrechte für das ungeborene Kind [1980] 95 f.) fest: „Selbst der dogmatischste Ideologe sollte der Versuchung nicht nachgeben, nur gewisse Gesetze, die ihm aus irgendwelchen Gründen passen, z. B. § 97 StGB, anzuerkennen und andere gleichrangige Gesetze derselben Rechtsordnung, z. B. § 22 ABGB, schlicht zu ignorieren. Er provoziert damit nur, daß andere mit den von ihm bevorzugten Gesetzen in gleicher Weise verfahren. Das wäre das Ende einer verbindlichen Rechtsordnung.“
- 21 Juristische Methodenlehre und Rechtsbegriff² (1991) 553 ff.; DERS. in RUMMEL, ABGB I³ (2000) RZ 25 f. zu § 6; jeweils mit zahlreichen Nachweisen auf Literatur und Judikatur. Diese Auffassung setzt sich auch im Bereich des öffentlichen Rechts mehr und mehr durch (vgl. VfSlg. 11.499/1987; VwGH ZI. 2001/06/0057; Volksanwaltschaft, a. a. O. Pkt. II.3.a [die beiden Letztgenannten unter expliziter Berufung auf F.

- BYDLINSKI; K. KORINEK, Zur Interpretation von Verfassungsrecht, in: MAYER U. A. [Hg], Festschrift für Robert WALTER [1991] 368 ff.).
- 22 Wortlaut: „Selbst ungeborene Kinder haben von dem Zeitpunkt ihrer Empfängnis an den Anspruch auf den Schutz der Gesetze. *Insoweit es um ihre und nicht um die Rechte eines Dritten zu tun ist, werden sie als Geborne angesehen* (Hervorhebung vom Autor); (...)“
- 23 Umfassende Zusammenstellung der einschlägigen Literatur und Judikatur in Pkt. II.2.b.c.
- 24 Z.B. KIENAPPEL/SCHROLL, Strafrecht Besonderer Teil I⁵ (2003) 245.
- 25 Volksanwaltschaft, a. a. O. Pkt. II.3.b.
- 26 Wortlaut: „Niemand darf wegen der Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder der Mitwirkung daran oder wegen der Weigerung, einen solchen durchzuführen oder daran mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.“
- 27 BERNAT, Recht und Humangenetik – ein österreichischer Diskussionsbeitrag, in: DEUTSCH U. A. (Hg), FS für Erich STEFFEN (1995) 40; für die Einordnung (de lege lata positiva) der „Fristenlösung“ in eine den Rechtfertigungsgründen nahekommende Kategorie sui generis nach PISKERNIGG, a. a. O. 261 ff.
- 28 LEWISCH in Wiener Kommentar zum StGB² (2003), RZ 39 a. E. zu § 3.
- 29 A. a. O. Pkt. II.3.c.
- 30 Wortlaut: „Die Anstaltsordnung darf keine Bestimmungen enthalten, die die Durchführung eines straflosen Schwangerschaftsabbruchs oder die Mitwirkung daran verbieten oder die Weigerung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder daran mitzuwirken, mit nachteiligen Folgen verbinden.“
- 31 VfSlg. 7720/1975.
- 32 A. a. O. Pkt. II.3.c.
- 33 Wortlaut: „Die Tat ist nach § 96 nicht strafbar, (...) 2. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine erste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird; oder 3. wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.“
- 34 Vgl. OGH 1 Ob 91/99k; dies in gewissem Ausmaß relativierend allerdings nach überzeugender Kritik in der Lehre (z. B. F. BYDLINSKI, Das Kind als Schadensursache im österreichischen Recht, in: MAGNUS/SPIER [Hg], Liber amicorum für Helmut KOZIOL [2000] 49 ff.; HIRSCH, aaO 114 ff.) die Entscheidung 6 Ob 303/02f.
- 35 Pkt. II.4.
- 36 Pkt. II.4.e.
- 37 Pkt. II.4.a.
- 38 LEWISCH, a. a. O., Nachbem. zu § 3 RZ 71 m. w. N.
- 39 So aber der OGH in 1 Ob 91/99k.
- 40 Pkt. II.4.b.
- 41 Pkt. II.4.c.
- 42 Vgl. § 65 (3) Gentechnikgesetz (GTG).
- 43 Pkt. II.4.d.
- 44 Wortlaut: „Ein Vertrag, der gegen ein Gesetz oder gegen die guten Sitten verstößt, ist nichtig.“
- 45 KOZIOL/WELSER, a. a. O. m. w. N.
- 46 So schon F. BYDLINSKI in PAMMER/WELLER, a. a. O. 94 f.; ausführlich auch DERS., Liber amicorum 49 ff. m. w. N.
- 47 Haftpflichtrecht I³ (1997) 32 FN 75.
- 48 A. a. O. FN 77.
- 49 Auch SCHICK, Die Einwilligung in den Schwangerschaftsabbruch, in: MOOS U. A., Festschrift für Udo JESIONEK [2002] verfängt sich in einem strukturellen Widerspruch, wenn er einerseits im Anschluss an KIENAPPEL bzw. EDER-RIEDER von einer Überlagerung des Rechtsgutes des ungeborenen Lebens vom Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren in den ersten drei Monaten bzw. von einer aus der naturgegebenen engen biologischen Verbindung zwischen Mutter und Kind zu erklärenden beschränkten Verfügungsmacht der Mutter spricht, andererseits aber eine Abtreibung im Rahmen der Fristenlösung bzw. sämtlicher Indikationen mit Ausnahme der medizinischen als rechtswidrig betrachtet (a. a. O. 469 f., 480 ff.).
- 50 1 Ob 91/99k.
- 51 Urteil vom 28. 5. 1993 (2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92 – „2. Abtreibungsurteil“; veröffentlicht z. B. in JZ 1993, Sonderausgabe vom 7. 6. 1993).
- 52 Die diesbezüglich zentralen Passagen lauten: „[...] handelt es sich bei dem Ungeborenen um individuelles, in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit nicht mehr teilbares Leben, das im Prozeß des Wachsens und Sich-Entfaltens sich nicht erst zum Menschen, sondern als Mensch entwickelt [...]. Wie immer die verschiedenen Phasen des vorgeburtlichen Lebensprozesses [...] gedeutet werden mögen und in der Geschichte beurteilt worden sind, es handelt sich jedenfalls um unabdingbare Stufen der Entwicklung des individuellen Menschseins. Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu [...]. Diese Würde des Menschseins liegt auch für das ungeborene Leben im Dasein um seiner selbst willen. Es zu achten und zu schützen bedingt, daß die Rechtsordnung die rechtlichen Voraussetzungen seiner Entfaltung im Sinne eines eigenen Lebensrechts des Ungeborenen gewährleistet [...]. Dieses Lebensrecht, das nicht erst durch die Annahme seitens der Mutter begründet wird, sondern dem Ungeborenen schon aufgrund seiner Existenz zusteht, ist das elementare und unveräußerliche Recht, das von der Würde des Menschen ausgeht; es gilt unabhängig von bestimmten religiösen oder philosophischen Überzeugungen, über die der Rechtsordnung eines religiös-weltanschaulich neutralen Staates kein Urteil zusteht.“
- 53 In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass nach h.M. in Österreich ein Nothilferecht zugunsten des ungeborenen Kindes besteht (LEWISCH, a. a. O., RZ 39 zu § 3). Dies ist für rechtswidrige Abtreibungen nur konsequent. Welchen sozialen Sprengstoff diese Rechtslage in sich birgt, braucht wohl nicht näher ausgeführt zu werden.
- 54 Pkt. D.III.3.
- 55 Pkt. D.V.6.
- 56 So auch der VfGH in VfSlg. 13.635/1993 unter Berufung auf F. BYDLINSKI, Fundamentale Rechtsgrundsätze (1988) 171 ff.
- 57 Zur überzeugenden Kritik an dieser Widerspruchlichkeit – auch aus Sicht eines Abtreibungsbefürworters – HOERSTER, Abtreibung im säkularen Staat (1995) 163 ff.
- 58 NJW 1953, 513.

- 59 Wortlaut (Absatz 1): „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, um einen unmittelbar drohenden bedeutenden Nachteil von sich oder einem anderen abzuwenden, ist entschuldigt, wenn der aus der Tat drohende Schaden nicht unverhältnismäßig schwerer wiegt als der Nachteil, den sie abwenden soll, und in der Lage des Täters von einem mit den rechtlich geschützten Werten verbundenen Menschen kein anderes Verhalten zu erwarten war.“
- 60 Wortlaut: „Eine Mutter, die das Kind während der Geburt oder solange sie noch unter der Einwirkung des Geburtsvorganges steht, tötet, ist mit Freiheitsstrafe von einem bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware

Gabriele WERNER-FELMAYER

Zusammenfassung

Während mit adulten Stammzellen in einigen Fällen klinische Erfolge verbucht werden können, steckt die Therapie mit embryonalen Stammzellen noch in den Kinderschuhen. Trotzdem eilt ihr der Ruf voraus, die Medizin zu revolutionieren. Unentwirrbar scheint dabei der Knäuel aus Für und Wider, in dem ethische wie politisch/ökonomische Aspekte wesentlich zur Verflechtung beitragen. In der öffentlichen Debatte stehen der Embryo und die Definition seiner Menschenwürde im Vordergrund. Weniger Beachtung findet die Frage nach dem Ursprung der Eizellen, die jedoch kürzlich im Zusammenhang mit dem Handel befruchteter Eizellen aus Osteuropa nach England zur künstlichen Reproduktion verstärkt ins Bewusstsein rückte. Wie riskant und aufwändig ist die Eizellspende; was sind die Beweggründe, Eizellen zu spenden; wie erfolgt die Motivation dazu, sei es nun für reproduktive oder für wissenschaftliche Zwecke; werden neben dem Embryo auch die betreffenden Frauen instrumentalisiert; wie freiwillig ist freiwillig wirklich? In die Diskussion um den Einsatz embryonaler Stammzellen für Forschung und Therapie müssen auch diese bisher weniger beachteten Fragen verstärkt Eingang finden.

Schlüsselwörter: Eizellspende, Eizellhandel, Stammzelltherapie, Klonen, in vitro Fertilisierung

Abstract

While adult stem cells have already been applied successfully in some clinical conditions, therapies using embryonic stem cells are lying years ahead. Nevertheless, they are the great white hope for revolutionizing medicine. Ethical and political/economical aspects play an essential role in the public discussion about pros and cons of therapy with embryonic stem cells thereby focussing on the embryo and how to define its human dignity. Less interest is attracted by the question of the source for human egg cells. However, recent reports about trading fertilized eggs from Eastern Europe to England for artificial reproduction increased awareness of the problem. How risky and laborious is egg donation; what are the reasons for donating eggs; how are women motivated to donate eggs for reproductive and research purposes, respectively; are women, like embryos, exploited for this kind of technique; how voluntary is voluntary? In the discussion about using embryonic stem cells for research and therapy these up to now somewhat neglected questions have to be considered more emphatically.

Keywords: egg donation, egg trade, stem cell therapy, cloning, in vitro fertilization

Anschrift der Autorin: A. Univ.-Prof. Dr. Gabriele WERNER-FELMAYER, Sektion für Biologische Chemie, Biozentrum, Medizinische Universität Innsbruck
Fritz-Pregl-Straße 3, A-6020 Innsbruck
Gabriele.Werner-Felmayer@uibk.ac.at

Neue Therapiemöglichkeiten

In der modernen Medizin spielt die Entwicklung der sogenannten Zelltherapie eine zunehmend größere Rolle. Darunter versteht man den Ersatz zerstörten Gewebes durch Einbringen voll funktionstüchtiger Zellen, die außerhalb des Körpers gezüchtet wurden. Stammzellen haben hierfür auf Grund ihrer Fähigkeit zur Differenzierung und zur Selbsterneuerung ein großes Potential zur Therapie verschiedenster Erkrankungen. Zudem sind sie ein wichtiges Studienobjekt für die Erforschung von Differenzierungsprozessen. Diese Stammzellen können aus bereits differenziertem Gewebe isoliert, *in vitro* vermehrt und zu den benötigten Ersatzzellen differenziert werden (adulte Stammzellen). Adulte Stammzellen werden als multipotent angesehen, d. h. sie können sich nicht in alle, jedoch in etliche andere Körperzelltypen entwickeln. Multipotente Stammzellen werden auch aus Nabelschnurblut gewonnen. Alternativ können embryonale Stammzelllinien etabliert werden, die dann, rein theoretisch, zu jedem beliebigen Zelltyp ausdifferenzieren, also pluripotent sind, und, so eine derzeit noch kühne Zukunftsvision, zu ganzen Organen herangezogen werden können. Die Isolierung embryonaler Stammzellen erfolgt aus Blastozysten, also frühen Stadien von Embryonen, die im Rahmen der *in vitro* Fertilisierung hergestellt werden und nicht zur Einpflanzung kommen. Alternativ können sie aus primordialen Keimzellen abgetriebener Föten isoliert werden. Eine dritte Möglichkeit wurde zur Klonierung verschiedener Säugetiere, wie etwa DOLLY, etabliert. Statt die Eizelle mit einem Spermium zu befruchten, wird dabei der Kern der Eizelle durch den Kern einer Körperzelle ersetzt. Der Zellkern durchläuft dann einen Reprogrammierungsprozess und die solcherart veränderte Eizelle entwickelt sich zu einem Embryo, dessen genetische Ausstattung mit jener der Körperzelle, von der der Zellkern stammt, identisch ist. Dieser Vorgang wird als somatischer Zellkerntransfer

(SCNT, somatic cell nuclear transfer) bezeichnet. Solche mittels SNCT hergestellten Klone wurden kürzlich zur Etablierung humaner embryonaler Stammzelllinien aus Blastozysten verwendet¹, wobei mittlerweile auch patientenspezifische Linien gewonnen wurden.² Prinzipiell ist es mittels dieser Techniken somit vorstellbar, Zellen gewünschter Spezifität und in unbegrenzter Menge zur individuellen Therapie von Patienten herzustellen und dabei eine Abstoßungsreaktion zu vermeiden, da sich diese Zellen immunologisch nicht von anderen Zellen des betreffenden Patienten unterscheiden.

Ein gordischer Knoten

So weit, so gut. Wer könnte etwas dagegen haben, Therapien zu entwickeln, die individuell maßgeschneiderte Lösungen zu liefern im Stande sind und dabei Abstoßungsreaktionen vermeiden? Mehr noch, wer könnte sich dagegen sträuben, Therapien für heute noch praktisch untherapierbare Erkrankungen zu entwickeln, wie z. B. diverse neurodegenerative Krankheiten? Ist es, moralisch gesehen, nicht geradezu eine Verpflichtung der Medizin, diese Therapien angesichts ihres großen Potentials zu entwickeln und wäre es nicht unethisch, diese Forschung nicht mit aller Kraft zu forcieren? Könnte man nicht zumindest diese letzte Frage mit einem eindeutigen Ja beantworten?

Doch eindeutig scheint im Zusammenhang mit Stammzellforschung fast nichts zu sein. Zu komplex sind die Verknotungen von Vor- und Nachteil, von Chance und Gefahr. Wie kaum ein anderes wird dieses Forschungsgebiet zudem von der Öffentlichkeit wahrgenommen, kommentiert und über weite Strecken auch geformt. Beinahe jedes Resultat lässt sich hier wissenschafts- wie gesellschaftspolitisch sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern dieser Technik nutzen. Prominente nehmen sich der Sache an³, Politiker machen embryonale Stammzellforschung zum Wahlkampfthe-

ma⁴, die Dringlichkeit, der Handlungsbedarf werden gerade auch von Wissenschaftlern selbst ständig öffentlich untermauert, und jeder hat zumindest einen persönlichen Fall, eine diabeteskranke Mutter, einen an Parkinson erkrankten Freund, den er als Katalysator seiner Motivation ins Treffen führt.⁵ Es entsteht das Bild eines abfahrenden Zugs, der uns am Bahnsteig unserer Vorsicht zurücklässt, die kleiner werdenden Rücklichter am Horizont für immer verblassend, wenn wir uns nicht sofort und kurz entschlossen auf die abenteuerliche Reise begeben wollen. Dabei ist es, wie bei allen dynamischen Forschungsgebieten, selbst für Experten schwierig, sich rein sachlich zu orientieren. Was ist derzeit möglich? Was weiß man wirklich? Worin liegen die Limitierungen von Stammzellen für die Therapie? Können embryonale Stammzellen wirklich mehr als adulte? Ist das Tumorpotential von embryonalen Stammzellen nicht doch irgendwie kontrollierbar? Hat man einfach noch nicht genügend geforscht und bräuchte nur, wie immer, vor allem mehr Zeit und Ressourcen? Die starke Emotionalität, mit der die Debatte geführt wird, ist unvermeidbar, wenn auch nicht unbedingt immer hilfreich. Das berechtigte Bedenken, ob Embryonen zu Forschungs- und Therapiezwecken verwendet werden können, wiegt dabei ebenso schwer, wie die berechtigte Sorge von Wissenschaftlern um die Freiheit von Forschung, und, so könnte man sagen, beide Seiten arbeiten daher mit unfairen Mitteln. Die Leiden unheilbar Kranker, meist mit individuellen Geschichten medienwirksam zur Schau gestellt, auf der einen Seite, die Zerstörung von Lebenspotential mit dem üblen Beigeschmack mörderischen Fortschrittswillens auf der anderen Seite werden ins Treffen geführt. Derzeit weitgehend unerfüllbare Heilsversprechen⁶, festgeschrieben im medienwirksamen Begriff „therapeutisches Klonen“, der seriöserweise aus Mangel jeglicher Therapie in der Diskussion unbedingt vermieden werden sollte⁷, stehen dabei dem Schreckgespenst des beliebig manipulier-

baren Embryos gegenüber, der obendrein womöglich nur vordergründig als Quelle für ein Therapeutikum dient, während die weitere Entwicklung dieser Technologie letztlich doch den Weg zum an sich generell abgelehnten reproduktiven Klonen ebnet soll.⁸

Absurd ist diese Sorge keinesfalls, liest man etwa im Bericht des Wissenschafts- und Technologiekomitees des britischen Parlaments nach⁹, der als Grundlage für eine bis Ende des Jahres geplante Novellierung des „Human Fertilisation and Embryology“ Gesetzes dient.¹⁰ Hier wird auf S. 34 in Absatz 70 angeregt, reproduktives Klonen nicht generell zu verbieten, sondern in bestimmten Situationen unter strengen Auflagen zu erlauben, wobei angemerkt wird, dass dies von einer Reihe eminenter Wissenschaftler wie auch von der Royal Society strikt abgelehnt wird, die am generellen Verbot reproduktiven Klonens festhalten wollen. Die Forderung des Komitees stützt sich auf ein Szenario, das Ian WILMUT, „Schöpfer“ von DOLLY und seiner Beteuerung nach expliziter Gegner reproduktiven Klonens, ausmalt¹¹: ein Embryo mit Erbdefekt wird durch in vitro Fertilisierung hergestellt, embryonale Stammzellen werden diesem Embryo entnommen, die fehlerhaften Gene werden ersetzt, der Kern einer solcherart kurierten Stammzelle wird dann in eine entkernte Eizelle eingebracht, der entstehende Embryo, quasi ein Klon seiner selbst und nicht, wie als Pluspunkt in ethischer Hinsicht angeführt wird, ein Klon eines anderen Menschen, wird schließlich in den mütterlichen Uterus zur weiteren Entwicklung eingepflanzt. So könnten erkrankte Eltern ein gesundes Kind bekommen. Obwohl auch das Komitee prinzipiell skeptisch ist, wird in Absatz 71 des Berichts bedauert, dass in Anbetracht therapeutischer Möglichkeiten seitens der politisch Verantwortlichen keine Bereitschaft zur Aufhebung des Klonverbots zu reproduktiven Zwecken besteht.

Es sind gerade solche Szenarien und Visionen, die, obwohl sie nichts mit der Entwicklung von Stammzelltherapien zu tun haben

und weniger eine realistische Möglichkeit als viel mehr ein unmoralisches Spiel mit der Hoffnung Kranker sind, großes Unbehagen bereiten. Daneben nehmen sich alle Beteuerungen eminenten Stammzellforscher, dass ein geklonter, also durch SNCT entstandener Embryo anders als ein durch *in vitro* Fertilisierung entstandener praktisch kein Potential hätte, sich zu einem gesunden Menschen zu entwickeln¹², weswegen man ihn auch nicht als Embryo, sondern als „clonote“ bezeichnen sollte^{12,13}, als geradezu hilflose Verrenkungen aus. Ethische Bedenken kämen demnach vor allem auf Grund unklarer Semantik und nicht wegen reeller Gegebenheiten zustande.¹⁴ Diese Argumentation liegt auf einer Linie mit dem umstrittenen Vorschlag, Blastozysten wegen ihres unreifen Stadiums überhaupt nicht als Embryonen zu bezeichnen¹⁵, und führt zu der letztlich nicht beantworteten Frage nach dem Beginn eines Individuums. Auch die Beteuerung, ein solcher „clonote“ solle keinesfalls länger als 14 Tage existieren dürfen, damit er nicht zu höher entwickelten Stadien, die z. B. die Isolierung von Geweben und Organen erlauben würde, herangezogen werden könne¹³, untermauert zwar die Redlichkeit des Einzelnen, ist jedoch kein probates Mittel, eine Entwicklung hin zur Organfabrik oder der reproduktiven Klonierung von Menschen nachhaltig zu verhindern. Für eine Reihe von Säugetieren ist die Klonierung mittels SNCT bereits gelungen, wenn auch nach wie vor die Erfolgsrate relativ gering ist. Gestern Schafe, heute Hunde, morgen vielleicht Primaten und in der Folge eben doch Menschen, es scheint nur eine Frage der Zeit zu sein. Einer der derzeit rührigsten Stammzellforscher, Woo Suk HWANG¹⁶ aus Seoul, ist ein Experte für die reproduktive Klonierung verschiedenster Säugetiere mittels SNCT. Das sollte einem zumindest zu denken geben. Letzter Erfolg war übrigens SNUPPY, der erste Klonhund, ein Afghane, von einer Labrador Leihmutter ausgetragen, durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht, der, neben der Weiterentwicklung von Klonierungstechniken

gedient zu haben, vielleicht – als wäre dies eine sehr dringliche Anwendung – den Auftakt für therapeutisches Klonen beim Hund sowie zur weiteren Erforschung ausgekreuzter Hundepopulationen darstellt.¹⁷

Wie ein Ei dem anderen

Doch zurück zur Entwicklung von Stammzelltherapien. Insgesamt ist diese für adulte Stammzellen, die teilweise bereits erfolgreich in der Klinik eingesetzt werden, weiter gediehen als für embryonale Stammzellen, eine Reihe grundlegender Fragen betreffend Standardisierung, Differenzierung, Form der Anwendung und Risiko sind jedoch in beiden Fällen offen.¹⁸⁻²⁰ Zudem beginnt man das komplexe Netzwerk, in dem sich Stammzellen im Körper befinden, erst zu verstehen.²¹ Generell besteht auch unter Stammzellforschung die Sorge, Stammzellen könnten zu früh in der Klinik eingesetzt werden und das Gebiet der Stammzelltherapie könnte damit ebenso Schiffbruch erleiden wie seinerzeit die Gentherapie.^{22,23} Trotz aller Euphoriewellen, die die wissenschaftliche wie journalistische Berichterstattung überschwemmen, wenn die Klonierung embryonaler Stammzellen Fortschritte macht²⁴, sind es neben den bekannten, damit verbundenen ethischen Problemen auch diverse praktische Überlegungen, wie etwa der nötige Zeit- und Geldaufwand, der die Etablierung einer für jeden Patienten individuellen Zelllinie unrealistisch macht, welche die embryonale Stammzelltherapie derzeit in ziemliche Ferne rücken.^{25,18} Der Therapie mit adulten Stammzellen werden daher größere Zukunftschancen gegeben.²⁵ Auch Befürworter embryonaler Stammzelltherapie räumen ein, dass neben diversen technischen Problemen vor allem die derzeit notwendige Zerstörung eines Embryos sowie die Verwendung menschlicher Eizellen grundlegende Limitierungen sind.^{13,19} Es ist daher klar, dass langfristig gesehen alternative Techniken

zur Herstellung embryonaler Stammzellen entwickelt werden müssen, was zudem auch die Versuchung zur reproduktiven Klonierung eindämmen könnte. Der Vorschlag, Embryonen durch Genmutation ihres Entwicklungspotentials zu berauben und ihre Verwendung dadurch weniger unethisch zu machen²⁶, kann dabei allerdings bestenfalls als bioethischer Unfall durchgehen. Kürzlich publizierte Versuche, die zeigten, dass die Reprogrammierung des Zellkerns einer menschlichen Körperzelle zum Embryonalstadium anstatt mittels Fusion mit einer entkernten Eizelle auch durch die Fusion mit einer embryonalen Stammzelle erreicht werden kann²⁷, könnten hier eher einen Ausweg anbahnen. Die resultierenden Zellen haben in ihrem Zellkern jedoch zusätzlich zu ihren eigenen auch die Chromosomen der Stammzelle, und noch ist unklar, ob die Reprogrammierung auch mit entkernten Stammzellen möglich ist^{27,28}, doch prinzipiell wäre ein derartiger Ansatz dazu geeignet, patientenspezifische Stammzelllinien zu züchten, ohne weitere Embryonen oder Eizellen zu benötigen^{24,28}. Die kürzlich geglückte Generierung von Eizellen bzw. Spermien aus embryonalen Stammzellen²⁹ und die dadurch eventuell mögliche Herstellung neuer Stammzelllinien würde zwar die Eizellspende überflüssig machen, doch keinesfalls die Embryonendebatte entschärfen, überhaupt, wenn man bedenkt, dass dann rein theoretisch die Erzeugung genmanipulierter Eizellen ebenso möglich wäre wie andere bedenkliche Szenarien.³⁰

Derzeit sind die Probleme allerdings profaner. Trotz aller Bedenken und öffentlichen Diskussionen verblasst neben der Zerstörung von Embryonen bzw. dem womöglich ungenutzt bleibenden Potential zur Heilung bestimmter schwerwiegender Erkrankungen die Frage nach dem Ursprung der Eizelle häufig zur Banalität. Aus feministischer Sicht könnte man sagen, dies sei kein Zufall. Verblasst nicht auch die Frage danach, wie ein Berufs- mit einem Familienleben kompatibel

ist zur Banalität, solange Frauen den Drahtseilakt weltweit irgendwie schaffen? Oder die Frage nach Nachkommenschaft, solange Frauen verhüten oder schwanger werden, je nach Bedarf, sozusagen auf Knopfdruck? Und wenn der Körper aus irgendeinem Grund nicht so funktioniert, wie er soll, dann hilft die moderne Reproduktionsmedizin. Fraglos ist sie dazu in der Lage, kinderlosen Paaren zu helfen, ihren sehnlichen Kinderwunsch zu erfüllen. Doch es handelt sich bei Verfahren wie der *in vitro* Fertilisierung nicht um einfache Eingriffe mit hohen Erfolgchancen und nicht immer reicht die Qualität der eigenen Eizellen für einen Erfolg aus. Schaut man sich im Internet in Bezug auf *in vitro* Fertilisierung um, dann überwiegt allerdings pastellfarbene Glückseligkeit mit Baby lächeln, Kinderkriegen scheint da geradezu ein Kinderspiel zu sein. Doch für viele ist der Weg ein dorniger oder überhaupt ein erfolgloser. Neuere Studien weisen zudem darauf hin, dass möglicherweise durch *in vitro* Fertilisierung gezeugte Kinder öfter als durchschnittlich durch Imprinting Defekte geschädigt sind, die sich so harmlos wie Untergewicht bei der Geburt, jedoch auch durch die Entwicklung letaler Erkrankungen manifestieren können.³¹ Breite epidemiologische Studien dazu fehlen bisher³¹, ebenso wie auch noch nicht zuverlässig erhoben wurde, wie sich die zur *in vitro* Fertilisierung nötige hormonelle Behandlung der Mutter langfristig auf deren Gesundheit auswirkt.

Wie bei der Klonierung von Stammzelllinien² hängt auch bei der *in vitro* Fertilisierung der Erfolg wesentlich von der Qualität der Eizelle ab, und da diese mit zunehmendem Alter nicht besser wird³², in unserer Gesellschaft jedoch der Kinderwunsch auf Grund kinder- und familienfeindlicher Strukturen zunehmend aufgeschoben wird, besteht relativ große Nachfrage nach Eizellspenden. Resultierend aus der teilweise restriktiven Gesetzgebung in manchen Ländern oder wegen langer Wartelisten für den Empfang von Eizellen ergibt sich ein reger Reproduktionstourismus, ein derzeit praktisch

unkontrollierbares weltweites Phänomen.³³ Für Zentraleuropäer liegen die Anlaufstellen zur *in vitro* Fertilisierung mit gespendeten Eizellen vorrangig in Südeuropa, Belgien (einer Hochburg der umstrittenen Präimplantationsdiagnostik) oder Osteuropa.³⁴ Umgekehrt werden befruchtete Eizellen aus ärmeren in reichere Länder gehandelt. Im Dezember 2004 wurde ein schwunghafter Eizellhandel von Rumänien nach England bekannt, was in der Folge zur Schließung der beteiligten Klinik in Bukarest, der von einem israelischen Reproduktionsmediziner geleiteten GlobalART Klinik, sowie zu einer Entschließung gegen Eizellhandel durch das Europäische Parlament im März 2005 führte (Näheres dazu z. B. in Ref. 35). In diesem Zusammenhang wurden eine Reihe bisher wenig beachteter Probleme thematisiert, nämlich die mangelnde Aufklärung über medizinische Risiken (Stichwort: ovariales Hyperstimulationssyndrom, OHSS), die häufig prekäre finanzielle und soziale Situation der Spenderinnen, die Entschädigung, die nach westlichen Standards mit etwa 300 bis 1500 Euro gering erscheinen mag, jedoch unter Umständen ein Jahresgehalt der Betroffenen darstellt, sowie die durch die Reproduktionsklinik unterlassene Hilfestellung bei Spenderinnen bei nach der Spende aufgetretenen Beschwerden.³⁶ Beschwerden übrigens, die sich immer wieder auch als tödlich³⁷ oder zumindest nachhaltig gesundheitsschädlich herausstellen können, z. B. auf Grund innerer Blutungen in Folge der Punktion zur Eientnahme oder einer Beeinträchtigung der Fertilität infolge von Infektionen oder Zysten.³⁸ Laut WHO treten mehr oder weniger schwere Symptome in bis zu 14% der Fälle auf³⁷, andere Studien sprechen von 5-10%.⁷ Wie auch immer, „no matter how motivated, most donors do not find the process easy“, wie es in der Broschüre „Becoming an Egg Donor“ der *New York State Task Force on Life and the Law* heißt.³⁸ In der Tat ist auch bei unkompliziertem Verlauf der körperliche und psychische Aufwand für die Eispenderin beträchtlich und inkludiert einen mehrwöchi-

gen Prozess, der neben einer disziplinierten Umstellung der Lebensgewohnheiten die Bereitschaft erfordert, sich häufigen Blutabnahmen, Hormoninjektionen und Ultraschalluntersuchungen und schließlich der unter Anästhesie vorgenommenen Eileiterpunktion zur Entnahme der bis zu 10 oder auch mehr Eizellen (je nach Effizienz der hormonellen Stimulierung) zu unterziehen.^{38,39} Gerade die letzte, hoch dosierte Hormoninjektion, die sich die Spenderin selbst appliziert, wird als besonders unangenehm empfunden, da sich die Spenderin „aufgebläht“ fühlt, unter Umständen für längere Zeit auch nach der Eientnahme.³⁹ Zudem kommt es zu einer Blutung, wenn auch nicht allzu stark, die Schmerzen werden mittels Schmerzmittel kontrolliert, doch allgemein ist das Befinden nicht gerade gut.³⁹

Lupron, ein an sich für Prostatakrebs entwickeltes Medikament, das auch für andere Anwendungen, z. B. zur Behandlung von Endometriose eingesetzt wird, dient zur Unterdrückung der Östrogenproduktion im Eierstock und unterbindet damit die Bildung vom für den Eisprung nötigen Follikelstimulierenden Hormon (FSH). Um die Reifung mehrerer Eizellen zu erzielen, muss ein wesentlich höherer FSH Bolus als natürlicherweise gesetzt werden. Gerade Lupron, das übrigens kein formales Zulassungsverfahren für die Anwendung zur Eizellspende bei der Food and Drug Administration durchlaufen hat, gilt als schlecht verträglich (Näheres dazu in Ref. 40), wird jedoch häufig eingesetzt. Ein typisches Behandlungsschema, das einem den Aufwand der Eizellspende sowie der nachfolgenden Implantation verdeutlicht, findet sich z. B. auf der Homepage des *Advanced Fertility Center of Chicago* (<http://www.advancedfertility.com/sampleivfcalendaronor.htm>). Die Bedford Stem Cell Research Foundation rät, Lupron zu vermeiden bzw. das Risiko für OHSS durch den Einsatz möglichst niedriger Hormondosen und genaues Monitoring zu minimieren (Egg donor protocol and risks, <http://www.bedfordresearch.org/stemcell/>

stemcell.php?item=stemcell_donorprotocol). Auch wird hier empfohlen, nicht öfter als 2 oder 3 Mal Eizellen zu spenden, um Gesundheitsrisiken zu minimieren. Vielleicht ist man hier vorsichtiger, weil sich eine tote Eizellspenderin sehr schlecht auf das gesamte Forschungsgebiet auswirken würde. Vielleicht ist man aber auch nur seriöser, weil dieser Geschäftszweig noch nicht so stark entwickelt ist wie die *in vitro* Fertilisierung. Hierfür ist bekannt, dass Frauen häufig mehrfach ihre Eizellen spenden^{39,40} und so riskieren, eines Tages selbst unfruchtbar zu werden^{40,43}.

Egal ob Forschung oder Fortpflanzung, die Argumente, die Spenderinnen motivieren sollen, gleichen sich wie ein Ei dem anderen. Ist es einerseits die Erfüllung des verzweifelten Kinderwunsches unfruchtbarer Paare, so ist es andererseits der verzweifelte Wunsch, unheilbar Kranke wieder gesund zu machen, der die Bereitschaft zur Eizellspende in potentiellen Spenderinnen zu erzeugen versucht, sei es, weil sie die Betroffenen persönlich kennen oder weil sie in hohem Grad altruistisch sind (in diesem Fall ist es fraglich, ob man die Betroffenen nicht vor sich selbst schützen müsste). Über Geld wird in diesem Zusammenhang weniger gern gesprochen. Dies würde das altruistische Motiv und damit den guten Ruf der Reproduktions- wie der Stammzelltechnologie in der Öffentlichkeit unterminieren. Während in Europa die Entschädigung für eine Eizellspende anscheinend relativ gering ausfällt und sich im Bereich unter 1000 Euro bewegt³², werden aus den USA 15000⁴¹ bis sogar 50000⁴² USD kolportiert. Die erzielt eine Spenderin allerdings nicht, weil sie sich einer schmerzvollen und riskanten Behandlung unterzieht, sondern weil sie vielleicht einen besonders guten Ausbildungsgrad (Stichwort „Ivy League Education“), ein besonderes Talent oder ein besonderes Aussehen hat. Der Markt blüht, offen und im Verborgenen, ein Blick ins Internet genügt, um lange Listen mehr oder weniger seriöser Fertilitätskliniken und Eizellhändler, im englischen Sprachraum als „egg broker“ bezeichnet^{38,43},

aufzufinden. Treffenderweise fragt Google bei der Eingabe „Eizellhandel“, ob man „Einzelhandel“ meinte. Die Frage nach dem mit einer Eizellspende verbundenen Gesundheitsrisiko wird vielfach heruntergespielt und manche Fertilitätskliniken weigern sich, für eventuelle Kosten in Folge von gesundheitlichen Problemen aufzukommen, sondern sichern lediglich Notfallhilfe zu, die von der Spenderin berappt werden muss.³⁸ Dringend wird potentiellen Spenderinnen daher geraten, genau zu prüfen, wer sie vermittelt und welche Leistungen erbracht werden.³⁸ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich die ganze Prozedur inklusive möglicher Risiken auf der Homepage der staatlichen britischen „Human Fertilisation and Embryology Authority“, kurz HFEA, ziemlich banal und sachlich unterkühlt ausnimmt und keineswegs klar macht, wie aufwändig sie für die Spenderin ist.⁴⁴ Zumindest von mehr oder weniger öffentlichen Stellen sollte man erwarten können, dass sie die unbestrittene medizinische Problematik der Eizellspende nicht verharmlost. Die HFEA spielte übrigens im Zusammenhang mit den aus Rumänien stammenden Eizellen eine umstrittene Rolle.³⁵

Ziemlich lapidar nimmt sich auch die Begründung der Motivation zur Eizellspende für die Stammzellforschung durch Woo Suk HWANG aus, der für seine erste Studie, bei der 242 Eizellen von 16 freiwilligen Spenderinnen zur Etablierung 1 Stammzelllinie führten¹, nicht eindeutig die Freiwilligkeit belegen konnte und zudem in Verdacht geriet, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen unter Druck gesetzt zu haben.⁴⁵ Er meinte, die Spenderinnen seien hoch motiviert, die Stammzellforschung voranzubringen.⁴⁵ Auch für seine 2. Studie, bei der die Klonierung patientenspezifischer Stammzellen gelang², scheint kein Mangel an freiwilligen Spenderinnen bestanden zu haben. Immerhin 185 Spenderinnen, davon 125 unter 30 Jahre alt, konnten motiviert werden und unterschrieben dieses Mal auch eine Einwilligung, also einen „informed consent“.² Wegen der hohen gesundheitlichen Risiken

und auch, weil die Eizellspenden lediglich anderen dienen, für die Spenderin jedoch keinerlei Vorteil bringen (anders als z. B. bei klinischen Studien, wo freiwillige Probanden neuartige Therapien, die potentiell hilfreich sein können, erlangen) und demnach das Modell des „informed consent“ nicht wirklich zutrifft, raten Bioethiker Frauen generell von einer Eizellspende zu Forschungszwecken ab.⁷ Konsequenterweise müsste man – die obigen Ausführungen bezüglich Risiken und Vermarktung machen dies mehr als klar – Frauen auch davon abraten, Eizellen für die *in vitro* Fertilisierung zu spenden. Auch in diesem Fall hat die Spenderin keinerlei medizinischen Nutzen für sich selbst zu erwarten, trägt im Gegenteil ein nicht zu unterschätzendes Risiko. Es ist fraglich, in wie weit sich hier generell gültige Lösungen finden lassen, der Markt mit der Hoffnung folgt eigenen Gesetzen.⁴² Auch Stammzellen werden sich übrigens, ob wir es wollen oder nicht, zu einem Markt entwickeln.⁴⁶ Das Potential zur Regulierung liegt demnach, wie in so vielen Lebensbereichen, nicht zuletzt auch beim Konsumenten. Im Reproduktionsgeschäft regulieren Frauen diesen Markt ganz wesentlich mit, zum einen per Nachfrage, zum anderen per Angebot, im Forschungsgeschäft sind sie im wesentlichen Lieferantinnen. Für eine zivilisierte Gesellschaft würde man sich wünschen, dass sie Strukturen entwickelt, die Frauen darin unterstützt, Familien in jungen Jahren zu gründen; Frauen, die ihren Kinderwunsch nicht auf natürlichem Weg oder gegebenenfalls durch *in vitro* Fertilisierung der eigenen Eizellen realisieren können, darin unterstützt, eine Familie mit adoptierten Kindern zu gründen oder andere Lebensmodelle zu entwickeln; Frauen davor bewahrt, in Abhängigkeitssituationen zu geraten, die ihnen den Verkauf ihrer Eizellen abnötigt. Dies wird vielleicht ein frommer Wunsch bleiben. Es bleibt zu hoffen, dass die öffentliche Diskussion immerhin dazu dient, auf die Risiken aufmerksam zu machen und es Frauen ermöglicht, sich genau zu informie-

ren. Jubelmeldungen über wissenschaftliche Fortschritte sind schön. Aber gerade Wissenschaftler müssen lernen, sich zu fragen, woher ihr „Material“ kommt und ob es, falls dies nur mit erheblichem Risiko für einzelne Personen verbunden ist, nicht auch Alternativen gibt.

Referenzen

- 1 HWANG W. S. et al., *Evidence of a pluripotent human embryonic stem cell line derived from a cloned blastocyst*, Science (2004); 303: 1669-1674
- 2 HWANG W. S. et al., *Patient-specific embryonic stem cells derived from human SNCT blastocysts*, Science (2005); 308: 1777-1783
- 3 PELOW M., *Christopher Reeve, campaigner for stem-cell research dies aged 52*, Nature News (2004); <http://www.nature.com/news/2004/041011/full/041011-1.html>
- 4 MILBANK D., KURTZ H., *Kerry calls stem cell policy unscientific and political*, Washington Post (2004); October 5: A06, <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A6966-2004Oct4.html>
- 5 Stem Cells, Interviews, Roger Pedersen: *In the midst of a new technological revolution*. QUEST (2005); 2(2): 59-63
- 6 HWANG W. S. et al., *Human embryonic stem cells and therapeutic cloning*, J Vet Sci (2005); 6: 87-96
- 7 MAGNUS D., CHO M., *Issues in oocyte donation for stem cell research*, Science (2005); 308: 1747-1748
- 8 GLUECK M. A., CHAK R. J., *The false promise of "therapeutic" cloning*, Jewish World Review (2005); April 29, <http://www.jewishworldreview.com/0405/medicine.men042905.php3>
- 9 HOUSE OF COMMONS SCIENCE AND TECHNOLOGY COMMITTEE, *Human reproductive technologies and the law*, Fifth report of session 2004-05 (2005); HC 7-1, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmsctech/77i.pdf>
- 10 NEWSLETTER DIALOG GENTECHNIK, *Eltern entscheiden das Geschlecht ihres Kindes – neuer britischer Report*, 15. April 2005, <http://www.dialog-gentechnik.at/index.php?id=10001218>
- 11 WILMUT I., *The moral imperative for human cloning*, New Scientist (2004); 181: 16-17
- 12 JAENISCH R., *Human cloning – the science and ethics of nuclear transplantation*, N Engl J Med (2004); 351: 2787-2791
- 13 MCHUGH P. R., *Zygote and "clonote" – the ethical use of embryonic stem cells*, N Engl J Med (2004); 351: 209-211
- 14 EVANS M., *Ethical sourcing of human embryonic stem cells – rational solutions?*, Nature Rev (2005); 6: 663-667
- 15 *Playing the name game*, Nature (2005); 436: 2
- 16 MANDAVILLI A., *Profile: Woo-Suk Hwang*, Nature Med (2005); 11: 464
- 17 LEE B. C. et al., *Dogs cloned from adult somatic cells*, Nature (2005); 436: 641
- 18 VATS A. et al., *Stem cells*, Lancet (2005); 366: 592-602
- 19 KELLER G., *Embryonic stem cell differentiation: emergence of a new era in biology and medicine*, Genes Dev (2005); 19: 1129-1155
- 20 HOFMANN L. M., CARPENTER M. K., *Characterization and culture of human embryonic stem cells*, Nature Biotech (2005); 23: 699-708
- 21 POWELL K., *It's the ecology, stupid!*, Nature (2005); 435: 268-270

- 22 ALDHOUS P., *After the gold rush*, Nature (2005); 434: 694-696
- 23 ZANDONELLA C., *The first wave*, Nature (2005); 435: 877-878
- 24 CHECK E., *Stem-cell "heroes" celebrate a series of breakthroughs*, Nature (2005); 436: 9
- 25 SCOLDING N., *Stem-cell therapy: hope and hype*, Lancet (2005); 365: 2073-2075
- 26 CHECK E., *Altered embryos offered as solution to stem-cell rift*, Nature (2005); 436: 309
- 27 COWAN C. A. et al., *Nuclear reprogramming of somatic cells after fusion with human embryonic stem cells*, Science (2005); 309: 1369-1373
- 28 CHECK E., *Rebooted cells tackle ethical concerns*, Nature News (2005), 27 June; <http://www.nature.com/news/2005/050627/full/050627-1.html>
- 29 KEHLER J. et al., *Generating oocytes and sperm from embryonic stem cells*, Semin Reprod Med (2005); 23: 222-233
- 30 BAHNSEN U., *Eierstock aus der Retorte*, Die Zeit 20/2003
- 31 SCHUH H., *Roulette in der Retorte*, Die Zeit 25/2004
- 32 SPIEWAK M., *Mutterglück im Rentenalter*, Die Zeit 05/2003
- 33 SPAR E., *Reproductive tourism and the regulatory map*, N Engl J Med (2005); 352: 531-533
- 34 SPIEWAK M., *Schwanger um jeden Preis*, Die Zeit 20/2002
- 35 POPLUTZ C., *Rohstoff Mensch – Ressource Eizelle*, Die Tagespost, 5.7.2005, http://www.die-tagespost.de/Archiv/titel_anzeige.asp?ID=15438
- 36 MAGUREANU G., *Human egg trading and the exploitation of women*, European Parliament, 30 June 2005. Core European Seminar, <http://www.corethics.org/europeseminar/3.htm>
- 37 *Death from egg harvesting*, 13 April 2005, Press release, <http://www.corethics.org>
- 38 THE NEW YORK STATE TASK FORCE ON LIFE AND THE LAW, *Becoming an egg donor*, <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/infertility/eggdonor.htm>
- 39 DENZ A., *Egg donation: stories from women who sell their eggs at unknown costs*, Northeastern University, School of Journalism, Student Work Spring 2005, <http://www.journalism.neu.edu/studentwork/denz.html>
- 40 NORSIGIAN J., *Egg donation for IVF and stem cell research: time to weigh the risks to women's health*, Our Bodies Ourselves (2005); Chapter 25 – Infertility and assisted reproduction, <http://www.ourbodiesourselves.org>
- 41 PHILIPOSKI K., *How much for a dozen human eggs?*, Wired News (2005); <http://www.wired.com/news/medtech/0,1286,67369,00?tw=w..>
- 42 HANNA J., *The business of babies*, Harvard Business School Working Knowledge, Nov 17 2003, http://hbswk.hbs.edu/tools/print_item.jhtml?id=3790&t=strategy
- 43 NICOLE J., *Egg donors face risks*. Forty-Niner online (1996); <http://www.csulb.edu/~d49er/Spring1996/vol3-09/9neggdonor.html>
- 44 Human Fertilisation & Embryology Authority, <http://www.hfea.gov.uk/PressOffice/Backgroundpapers/Eggdonation>
- 45 CYRANOSKI D., *Korea's stem-cell stars dogged by suspicion of ethical breach*, Nature (2004); 429: 3
- 46 SPAR D., *The business of stem cells*, N Engl J Med (2004); 351: 211-213

Biopatentierung zwischen rechtlicher Regelung und ethischer Herausforderung

Hedwig KOPETZ

Zusammenfassung

Durch die Fortschritte in Gentechnik und Biotechnologie wurde das Patentrechtssystem auch auf den Bereich der belebten Natur übertragen. Das Patentrecht ist ein Schutzrecht, das Dritte von der kommerziellen Nutzung einer Erfindung befristet ausschließt und so einen Ausgleich zwischen den Interessen des Erfinders und den Interessen der Allgemeinheit auf Zugang zu neuen Technologien schafft. Zur Vereinheitlichung der Rechtslage und Stärkung des Biotechnologiestandorts Europa wurde im Jahr 1998 eine Richtlinie über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen verabschiedet, die zögernd in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union umgesetzt wird. Die Kritik entzündet sich vor allem an der Reichweite des Patentschutzes für lebende Materie, insbesondere auch an „biologischem Material“ menschlichen Ursprungs (v. a. Gene). Da hier die Menschenwürde tangiert wird, sind ethische Erwägungen bei der Prüfung der Patentierbarkeit zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Biopatente, EU-Biopatentrichtlinie, Ethik, Gene, funktionsgebundener Stoffschutz

Abstract

In the course of progress in the field of biotechnology and genetic engineering, the system of patent law was also transferred into animated nature. Patent law is a protective law, which guards the interests of an inventor concerning the commercial use of his invention against others for a given time span. It aims towards a balance of interest between inventor and public utilization of new technologies. The EU adopted Directive 98/44/EC which harmonises European law regulating biotechnology (in the EU). The Directive, however, was met with considerable hesitation by several member states. Criticisms arose pertaining to the scope and potential protection of living matter, particularly of human origin (e. g. genes). The scope of human dignity and the impact of such legislation has thus become a subject of considerable debate. As a consequence, ethical considerations in assessing new patents must be taken into account.

Keywords: Biopatents, EU-Directive on biopatents, ethics, genes, purpose-bound protection

Anschrift der Autorin: Ass. Dr. Hedwig KOPETZ, Institut für Österreichisches, Europäisches und Vergleichendes Öffentliches Recht, Politikwissenschaft und Verwaltungslehre, Karl-Franzens-Universität Graz
Universitätsstraße 15/C3, A-8010 Graz
Hedwig.Kopetz@uni-graz.at

Einleitung

Die Biotechnologie gilt als Schlüsselindustrie des 21. Jahrhunderts. Gewinne winken auch hier den Marktpionieren. Schon Joseph SCHUMPETER diagnostizierte erfolgreiches Unternehmertum anhand der Pionierleistung.¹ Jeder innovative Unternehmer ist zunächst Monopolist, woraus sich der entscheidende Wettbewerbsvorteil ergibt. In diese Logik fügt sich das Patentrecht ein, das dem Erfinder die alleinige Nutzung seiner Erfindung befristet zusichert und der Allgemeinheit den Zugang zur neuen technischen Errungenschaft eröffnet. Aufgrund der wachsenden Kenntnisse in der Gentechnik, Biotechnologie, Mikrobiologie und Biomedizin übertrug man im Lauf der vergangenen 25 Jahre die für den technischen Bereich und Umgang mit „toter“ Materie konzipierten Prinzipien des Patentrechts zunehmend auf den biologischen Sektor. Ein Urteil des amerikanischen Supreme Court aus dem Jahr 1980² gilt als Anstoß dieser Entwicklung. Darin wurde erstmals die Patentierbarkeit eines gentechnisch veränderten, ölverzehrenden Bakteriums festgestellt. Seither wurden weltweit zahlreiche Pflanzen, Pflanzensorten, Organismen, ja auch Tiere patentiert – Tendenz steigend.

Durch die Globalisierung ist der Weltmarkt zusammengerückt. Dies erfordert und begünstigt weltweit tätige Konzerne und zieht in rechtlicher Sicht Harmonisierungstendenzen nach sich. Beide Phänomene lassen sich anhand der Biopatentierung aufzeigen. Biopatente stehen zumeist am Anfang etwa der Arzneimittelforschung und -entwicklung, die große Investitionen bis zur Marktreife eines Produkts verlangt. Eben diese teure Forschungsintensität wird von der pharmazeutischen Industrie als Argument für eine möglichst weitgehende Patentierpraxis vorgebracht.³

Die Erhöhung wirtschaftlicher Wettbewerbschancen wird weiters zur Begründung rechtlicher Harmonisierung herangezogen. So will die Europäische Union die Weltmarkt-

stellung ihrer Biotechnologieindustrie weiter ausbauen⁴ und hat dazu bereits vor einigen Jahren die Vereinheitlichung der einschlägigen Rechtsvorschriften in den Mitgliedstaaten eingeleitet. Der Erlassung der Biopatentrichtlinie 98/44/EC⁵ im Jahr 1998 war jedoch eine engagierte Diskussion um die ethische Zulässigkeit der von Kritikern angeprangerten „Patente auf Leben“ vorangegangen, die zu teilweisen Modifikationen geführt hat. Bis heute ist diese Diskussion nicht verstummt und hat durch die nur stark verzögert erfolgte Umsetzung der Richtlinie in den Mitgliedstaaten jeweils nationale Debatten neu entfacht. In Österreich wurde die Richtlinie mit fünfjähriger Verspätung im Jahr 2005⁶ umgesetzt.⁷ Im Folgenden soll nach einer Bestandsaufnahme der rechtlichen Rahmenbedingungen die ethische Problematik der Biopatentierung aufgezeigt werden, die auch sozialetische Dimensionen im Weltkontext umfasst.

I. Rechtliche Rahmenbedingungen der Biopatentierung

1. Begriff

Biopatentierung bezeichnet die Erteilung von Patenten auf lebende Materie, d. h. an oder auf Pflanzen und Lebewesen bzw. auf deren lebendige Teile, auch als „biologisches Material“ bezeichnet.⁸ Der Patentschutz wird damit auf die belebte Natur übertragen. Wie im klassischen Patentrecht sind auch im biotechnologischen Sektor nur *Erfindungen*, keine Entdeckungen patentierbar, wobei die Abgrenzung schwierig sein kann. „Während die Erfindung den Stand der Technik bereichert, vermehrt die Entdeckung nur das Wissen, nicht jedoch die Technik“.⁹

Voraussetzungen für die Patentierbarkeit sind daher allgemein das Vorliegen einer *Erfindung*, die *neu* sein und auf einer *erfinderischen Tätigkeit* beruhen muss, sowie deren *gewerbli-*

che Anwendbarkeit.¹⁰ Die Erfindung wird beim Patentamt¹¹ angemeldet, das das Patent nach Prüfung der Kriterien für das beantragte Land bzw. die beantragten Länder erteilt.

Ein Patent verleiht einem Erfinder das Recht, Dritte von der gewerblichen und industriellen Nutzung seiner Erfindung für eine bestimmte Zeit, in der Regel 20 Jahre, auszuschließen. Im Gegenzug dokumentiert der Erfinder seine gewonnene Erkenntnis und stellt dieses Wissen durch die Patentanmeldung der Allgemeinheit zur Verfügung. Patente sind damit Schutzrechte an Erfindungen, begründen jedoch kein Eigentumsrecht. Ein Patent berechtigt nicht, die Erfindung zu verwerten oder anzuwenden. Dies richtet sich nach den „allgemeinen“ Gesetzen. Man unterscheidet im wesentlichen zwei Arten von Patenten: „Stoffpatente“ beziehen sich auf eine Substanz, die Gegenstand und Ausgangspunkt der Erfindung ist. „Verfahrenspatente“ schützen einen zeitlichen Ablauf von Vorgängen, durch die auf eine (auch unkörperliche) Sache eingewirkt wird. Das Patentrecht versteht sich grundsätzlich als „wertneutrales“ Technik- und Wirtschaftsrecht.“¹² Wenn Patente auf lebende Materie erteilt werden, sind jedoch ethische Überlegungen zu berücksichtigen. Wo liegen die Grenzen der Patentierbarkeit?

2. Rechtsgrundlagen

Um in Europa Patentschutz für biotechnologische Erfindungen zu erhalten, stehen zwei Wege offen: entweder durch Antragstellung bei den nationalen Patentämtern oder durch Beantragung eines europäischen Patents beim Europäischen Patentamt (EPA) in München. Zur Harmonisierung des Rechts innerhalb der Europäischen Union dient die Biopatentrichtlinie vom 6. Juli 1998, die einerseits durch Novellierungen der nationalen Patentgesetze umgesetzt und andererseits in das bislang zentrale Regelwerk des europäischen Patentrechts, das Europäische Patentrechtsübereinkommen 1973, integriert wurde.¹³

2.1. Das Europäische Patentübereinkommen 1973 (EPÜ)

Das EPÜ ist ein völkerrechtlicher Vertrag, auf dessen Grundlage das Europäische Patentamt in München europäische Patente vergibt. Durch eine einzige Anmeldung kann nach Prüfung durch das EPA in jedem der vom Anmelder benannten europäischen Vertragsstaaten ein europäisches Patent erworben werden.¹⁴ In Bezug auf biotechnologische Erfindungen sind vor allem zwei Ausnahmeregelungen relevant: Art 53 (b) EPÜ untersagt die Patenterteilung auf Pflanzensorten und Tierarten sowie für im wesentlichen biologische Verfahren zur Züchtung von Pflanzen oder Tieren, wovon jedoch mikrobiologische Verfahren und deren Erzeugnisse ausgenommen sind. Art 53 (a) EPÜ bestimmt, dass Patente nicht für Erfindungen erteilt werden dürfen, deren Publikation oder Verwertung gegen die öffentliche Ordnung (*ordre public*) oder die guten Sitten verstoßen würde, wobei dies nicht durch ein Verbot der Verwertung in einem Vertragsstaat begründet werden kann.

Unklar bleibt u. a., ob gemäß diesen Bestimmungen allgemein Gene und DNA-Sequenzen patentierbar sind. Die Zulässigkeit der Patentierung von Genen hat sich im Schrifttum und in der Praxis der Patenterteilung mittlerweile jedoch als gängige Auffassung durchgesetzt.¹⁵ Überhaupt kommt der Praxis und Rechtsprechung des Patentamts bei der Auslegung dieser Bestimmungen eine große Bedeutung zu.¹⁶ Bezüglich der Patentierbarkeit menschlicher Bestandteile enthält das EPÜ keine Regelungen. Diese wurden erstmals in der Biopatentrichtlinie (RL) formuliert.

2.2. Die EU-Biopatentrichtlinie vom 6. Juli 1998

Die Richtlinie verfolgt das Ziel, die bestehenden Regelungen des Patentrechts an die Besonderheiten der Biotechnologie anzupassen¹⁷ und diesbezüglich eine einheitliche Rechtslage in der EU zu schaffen.¹⁸ Die Mitgliedstaaten sind verpflichtet, die Richtlinie in

ihr nationales Recht umzusetzen.¹⁹

Im Sinne der Richtlinie können Erfindungen, die neu sind, auf einer erfinderischen Tätigkeit beruhen und gewerblich anwendbar sind, auch dann patentiert werden, wenn sie ein Erzeugnis, das aus *biologischem Material* besteht oder dieses enthält, oder ein Verfahren, mit dem biologisches Material hergestellt, bearbeitet oder verwendet wird, zum Gegenstand haben (Art 3 RL). Biologisches Material und die entsprechenden Verfahren werden daher grundsätzlich in den Patentschutz miteinbezogen.

In Bezug auf den menschlichen Körper finden sich eigene Bestimmungen: So sieht Art 5 RL vor, dass zwar der menschliche Körper in den einzelnen Phasen seiner Entstehung und Entwicklung sowie die bloße Entdeckung eines seiner Bestandteile, einschließlich der Sequenz oder Teilsequenz eines Gens keine patentierbaren Erfindungen darstellen kann (Abs 1), ein *isolierter* Bestandteil oder ein auf andere Weise durch ein technisches Verfahren gewonnener Bestandteil, einschließlich der Sequenz oder Teilsequenz eines Gens, hingegen schon, selbst wenn der Aufbau dieses Bestandteils mit dem Aufbau eines natürlichen Bestandteils identisch ist (Abs 2). Die gewerbliche Anwendbarkeit einer Sequenz oder Teilsequenz eines Gens muss in der Patentanmeldung jedoch konkret beschrieben sein (Abs 3).

Art 6 Abs 1 RL schließlich statuiert allgemein, dass Erfindungen, deren gewerbliche Verwertung gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstoßen würde, von der Patentierbarkeit ausgenommen sind, wobei dieser Verstoß nicht allein daraus abgeleitet werden kann, dass die Verwertung durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften verboten ist. In Art 6 Abs 2 RL werden demonstrativ Tatbestände aufgezählt, die von der Patentierbarkeit jedenfalls ausgenommen sind. Diese Liste kann von den Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Umsetzung ergänzt werden. Als nicht patentierbar gelten daher z. B. Verfahren zum Klonen von menschlichen Lebewesen (lit a), Verfahren zur Veränderung der genetischen Identität der

Keimbahn des menschlichen Lebewesens (lit b) sowie die Verwendung von menschlichen Embryonen zu industriellen oder kommerziellen Zwecken (lit c). Dieser Katalog konkretisiert die Generalklausel des Abs 1 und zieht damit explizit Grenzen der Patentierbarkeit.

2.3. TRIPS-Abkommen 1994

Da Patente im globalisierten Weltmarkt eine wichtige Rolle wirtschaftlicher Vorherrschaftsbegründung spielen, ist auch ein Blick auf das zentrale internationale Regelwerk zu werfen. Das Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte geistigen Eigentums (Trade Related Aspects of Intellectual Property – TRIPS) bildet den Anhang 1C des WTO-Abkommens, das 1994 im Rahmen der GATT-Verhandlungen geschaffen wurde. Die Artikel 27 bis 34 beziehen sich auf Patente. Während Art 27 Abs 2 TRIPS der Gute-Sitten-Klausel des Art 53 (a) EPÜ entspricht, statuiert Art 27 Abs 3 TRIPS Ausnahmen von der Patentierbarkeit, die sich von den europäischen Regelungen unterscheiden.²⁰ Die Bedeutung des TRIPS-Abkommens liegt darin, dass es eine globale Ausdehnung des Patentsystems und damit von Patentrechten zum Ziel hat, was entwicklungspolitische Probleme aufwirft.

Im internationalen Kontext ist außerdem anzuführen, dass die Patentrechtssysteme der USA und anderer für die Biotechnologie bedeutsamer Länder wie Australien, Indien, Israel oder Singapur sich vom Patentrecht der EU-Mitgliedsländer in mehrfacher Hinsicht unterscheiden. So kennen etwa die US-Normen keinen gesetzlichen Ausschluss aus ethischen Gründen.²¹

II. Die ethische Problematik anhand der Genpatentierung

1. Allgemeines

Die Ausdehnung des für die unbelebte Materie entwickelten Patentrechts auf belebte und

lebende Materie, vor allem Lebewesen, wird von vielen grundsätzlich abgelehnt.²² Entzündet hat sich die Kritik zumeist an einzelnen aufsehenerregenden Patententscheidungen, wie etwa auf genetisch modifizierte Nahrungsmittel („Golden Rice“), die sogenannte Krebsmaus („Harvard OncoMouse“), das menschliche Brustkrebs-Gen BRCA1 sowie ein Verfahren, bei denen menschliche Zellen zur Erzeugung von Embryonen verwendet werden (sog. „Edinburgh-Patent“).

Die Einwände beziehen sich vor allem darauf, dass „Patente auf Leben“ schlechthin unzulässig seien; das menschliche Genom ein gemeinsames Erbe der Menschheit sei; Gene keine Stoffe, sondern die Materialisierung von Informationen seien, und Lebewesen sowie ihre Bestandteile (auch Zellen und Gene) nur *entdeckt*, nicht aber *erfunden* werden können. Überdies würde ein *umfassender Stoffschutz*, der sich auch auf alle weiteren, zum Zeitpunkt der Patentanmeldung noch gar nicht bekannten Funktionen bezöge, zu einer Überbelohnung des Patentinhabers führen.²³ Deutlich wird dabei, dass die Patentierung biotechnologischer Erfindungen unter Verwendung von Material nicht nur menschlichen, sondern auch tierischen oder pflanzlichen Ursprungs sowie von Bakterien und Viren zahlreiche ethische Fragen²⁴ aufwirft. Mit der Patentierung von Genen pflanzlichen Ursprungs und der Globalisierung des Patentrechtssystems (vgl. TRIPS) gehen erhebliche Probleme und neue Abhängigkeiten für die nichtindustriellen Länder einher, aus denen diese Pflanzen stammen (Stichwort „Biopiraterie“). Dies wirft Fragen nach einer „Ethik der Globalisierung“²⁵ auf. Überdies zieht die Patentierbarkeit von Verfahren zur Veränderung der genetischen Identität von Pflanzen und Tieren Fragen der ökologischen Ethik und der Tierethik nach sich, die gesonderter Analyse bedürfen.²⁶ Im Folgenden sollen jedoch biotechnologische Erfindungen unter Verwendung biologischen Materials *menschlichen* Ursprungs im Vordergrund stehen.

2. Patente an menschlichen Genen?

Die Patentierbarkeit menschlicher Gene wird kontrovers diskutiert. Hierbei stehen sich im Wesentlichen zwei Auffassungen gegenüber: Die einen qualifizieren Gene als chemische Moleküle, die so wie andere chemische Stoffe patentierbar sein sollen. Die anderen hingegen sehen in den Genen weit mehr als besondere chemische Moleküle und werten sie als die „Codierung des Lebens“, die gemeinsames Erbe der Menschheit²⁷ ist. Aus diesem Ansatz folgt eine Ablehnung der Patentierung von Genen.²⁸ Begründet wird dies zum Teil weltanschaulich (Nicht-Aneignung der Schöpfung) oder formal mit dem Hinweis auf die patentrechtlich relevante Differenz zwischen *Erfindung* und *Entdeckung*.²⁹

Rechtlich spiegelt sich diese Kontroverse in der erwähnten Unterscheidung von *Erfindung* und *Entdeckung* wider. Die EU-Biopatentrichtlinie unterscheidet diesbezüglich zwischen der nicht patentierbaren bloßen Entdeckung von Bestandteilen des menschlichen Körpers, einschließlich von Gensequenzen (Art 5 Abs 1 RL), und *isolierten* Bestandteilen bzw. durch technische Verfahren gewonnenen Bestandteilen, einschließlich Gensequenzen (Art 5 Abs 2 RL), die patentierbar sind.

Umstritten ist die *Reichweite* des Patentschutzes, die mit dem spezifischen Doppelcharakter der Gene als Stoff und Information verbunden ist. Da die Möglichkeiten der Isolierung und stofflichen Zusammensetzung der DNA seit langem bekannt sind, gilt es nicht als Erfindung, wenn eine bisher unbekannte DNA-Sequenz zur Verfügung gestellt wird.³⁰ Entscheidend ist vielmehr die Beschreibung der *Funktionen* des entsprechenden Abschnittes. Diese können zahlreich und zum Zeitpunkt der Patentanmeldung noch gar nicht vollständig erforscht, geschweige denn vorhersehbar sein. Daran knüpfen sich die in Aussicht genommenen Verwendungen. Die Gewährung eines Patents auf den gesamten Informationsgehalt einer isolierten

DNA-Sequenz würde daher den ersten Patentanmelder über die Maßen belohnen. Diese Problematik nahm und nimmt unter dem Stichwort „absoluter Stoffschutz“ einen breiten Raum in der Auseinandersetzung rund um die Biopatentrichtlinie und ihre Umsetzung in nationales Recht ein.³¹

Als Alternative zum problematischen absoluten Stoffschutz wurde vorgeschlagen, eine *Funktions- und Zweckbindung* vorzunehmen, d. h. den Stoffschutz nur beschränkt hinsichtlich genau angegebener Funktionen und deren Nutzung zu erteilen.³² Andere hingegen lehnen Stoffpatente völlig ab und qualifizieren nur *Verfahrenspatente* als ethisch vertretbar.³³ Wieder andere schlagen vor, Patente nicht mehr auf DNA-Sequenzen (Gene), sondern überhaupt nur mehr für neue medizinische Produkte, Impfstoffe etc zu erteilen, die auf der Basis von DNA-Sequenzen entwickelt wurden (sog. *Verwendungspatente*).³⁴

Der Umgang mit menschlichen Stoffen und Bestandteilen, dem Menschen insgesamt, erfordert eine ethische Haltung, die die Unantastbarkeit der Menschenwürde berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt sich eine zurückhaltende Position zur Biopatentierung, die die Achtung vor der Menschenwürde mit der den Menschen ebenso auszeichnenden Fähigkeit und Freiheit der Forschung sowie Gerechtigkeitsaspekten in Beziehung setzt. Vertretbar ist daher die Patentierung biotechnologischer Erfindungen unter möglichst genauer Begrenzung der Patentansprüche bei stringenter Anwendung der Patentierungsvoraussetzungen (Neuheit, erfinderische Leistung und gewerbliche Anwendbarkeit), wobei Verwendungs- und Verfahrenspatenten im Gegensatz zu Stoffpatenten auch hinsichtlich der Genpatentierung der Vorzug zu geben ist. Die Patentierung menschlicher DNA-Sequenzen bleibt ethisch bedenklich: absoluter Stoffschutz ist als zu weitreichend abzulehnen, zweckgebundener Stoffschutz mit möglichst enger Funktions- und Verwendungsbeschränkung eventuell in Erwägung zu ziehen.

Ausblick

Anhand der umstrittenen Frage der Patentierung menschlicher Gene sollte aufgezeigt werden, wie komplex sich die Sache der Biopatentierung erweist. Handfeste Interessen stehen hier im Widerstreit: Auf der einen Seite finden sich die Befürworter, die in der Patentierung eine Stärkung der forschungs- und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen der Europäischen Union erblicken, die als dringend notwendig empfunden wird, um am weltweiten Wettbewerb in den *life sciences* teilzunehmen. Durch die hohen Forschungsinvestitionen im biotechnologischen Bereich geht es der pharmazeutischen Industrie vor allem um eine finanzielle Kompensation, die im Wege der Lizenzverträge erfolgt.

Auf der anderen Seite sehen Kritiker eine ethisch unvertretbare und mit der Menschenwürde unvereinbare Kommerzialisierung und Verfügbarmachung menschlichen Lebens (auf die Problematik der von manchen für zulässig erachteten Patente an menschlichen embryonalen Stammzellen sei hier nur abschließend und beispielhaft hingewiesen³⁵).

Festgehalten werden muss hingegen auch, dass es bei den Vorbehalten gegenüber der Biopatentierung im Kern häufig um eine Ablehnung der dem Patentansuchen zugrunde liegenden Forschung als solcher geht. Konsequenterweise müssten solche Verbote nicht im Patentrecht, sondern in den der Forschung jeweils zugrunde liegenden Materiengesetzen geregelt werden.³⁶ Die „ethische Generalklausel“ (wie etwa Art 6 BiopatentRL), wonach eine Patentierung dann verboten ist, wenn die Veröffentlichung oder Verwertung der Erfindung gegen die öffentliche Ordnung oder die guten Sitten verstoße, ist zahlreichen (nationalen) Auslegungsdifferenzen ausgesetzt und keine Gewähr für eine ethisch ausgewogene Patenterteilungspraxis.³⁷

Die Problematik der Biopatentierung ist eine Frage mit hoher Zukunftsneigung, wie überhaupt die Rechte am geistigen Eigentum

bereits als „Öl des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet werden. Ungeachtet der erfolgten Kodifikation durch die Biopatentrichtlinie, die die Patentierung von Genen grundsätzlich zulässt, ist die Debatte daher nicht abgeschlossen³⁸ und bedarf vor dem Hintergrund der voranschreitenden Globalisierung weitergehender ethischer Analyse und Bewertung.

Referenzen:

- 1 SCHUMPETER J., *Theorie der wirtschaftlichen Entwicklung*, Leipzig 1911
- 2 „Chakrabarty-Urteil“ des US-Supreme Court, 1980. „Patentierbar ist alles unter der Sonne, was von Menschenhand gemacht ist.“
- 3 Vgl. dazu etwa LAUDIEN D., *Warum brauchen wir Biopatente?*, in: BAUMGARTNER C., MIETH D. (Hrsg.), *Patente am Leben? Ethische, rechtliche und politische Aspekte der Biopatentierung*, Schöningh Verlag, Paderborn 2003, S. 45-57
- 4 Vgl. dazu die Strategie der Kommission, niedergelegt in: *Biowissenschaften und Biotechnologie – Eine Strategie für Europa*, Dok KOM (2002) 27 endg.; sowie den Fortschrittsbericht der Kommission über die künftige Ausrichtung, Dok KOM (2003) 96 endg. Siehe auch WEISS W., *EU-Verfassungsvertrag und Biotechnologie*, in: Med R 2005, S. 458-464
- 5 Richtlinie 98/44/EG vom 6. Juli 1998 über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen, Abl L 213/13 vom 30.7.1998
- 6 Die Umsetzung erfolgte v. a. durch eine Änderung des österreichischen Patentgesetzes und wurde im Bundesgesetzblatt (BGBl.) I 2005/42 veröffentlicht. Die Änderungen traten am 10. Juni 2005 in Kraft.
- 7 Der Deutsche Bundestag hat am 3. Dezember 2004 die Umsetzungsnovelle des Patentgesetzes verabschiedet.
- 8 BAUMGARTNER C., MIETH D. (Hrsg.), *Patente am Leben? Ethische, rechtliche und politische Aspekte der Biopatentierung*, Schöningh Verlag, Paderborn 2003, S. 11; vgl. auch Art 2, 3 RL.
- 9 FLAMMER R., *Einige Aspekte der Richtlinie über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen*, in: ÖBl 1999, S. 166-175 (167)
- 10 Stellvertretend für die nationalen Patentgesetze soll auf das Europäische Patentübereinkommen 1973 (EPÜ) verwiesen werden. Vgl. dazu Artikel 52 EPÜ (Erfindung), Art 54 EPÜ (Neuheit), Art 57 EPÜ (Gewerbliche Anwendbarkeit).
- 11 In Frage kommen die nationalen Patentämter bzw. das Europäische Patentamt (EPA) in München, das auf der Grundlage des EPÜ agiert.
- 12 KERSTEN J., *Ethische und rechtliche Herausforderungen des Biopatents*, in: BRÄCKLEIN S., MEYER J., SCHÄRF H. (Hrsg.), *Politisches Denken Ist. Festschrift für Margot von Renesse*, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2005, 173-179 (173). – Zum österr. Patentrecht vgl. etwa KUCSKO G., *Geistiges Eigentum*, Manz Verlag, Wien 2003, S. 805-963.
- 13 Das von der EU verfolgte Projekt eines Gemeinschaftspatents ist noch nicht verwirklicht, aber in Vorbereitung. Vgl. dazu BAUER W., *Das Ringen um das Gemeinschaftspatent*, in: ÖBl 2005, S. 4-12
- 14 Die Laufzeit des europäischen Patents beträgt 20 Jahre (Art 63 Abs 1 EPÜ). Jährlich werden ca. 170 000 Anmeldungen eingereicht. Vgl. EPA (Hrsg.), *Fakten und Zahlen 2005*, München 2005.
- 15 Vgl. etwa VAN OVERVALLE G., *Bio-Patents, law and ethics. Critical analysis of the EU biotechnology Directive*, in: *Revista de Derecho y Genoma Humano* (2003); 19: S. 187-203 (189f)
- 16 Vgl. die Beispiele aus dem Case Law des EPA bei VAN OVERVALLE, *Bio-Patents, law and ethics* (2003), S. 190.
- 17 FLAMMER, *Einige Aspekte* (1999), S. 168.
- 18 Die Richtlinie fand im Jahr 1999 auch Eingang in das EPÜ. – Aus der umfangreichen Literatur zur Biopatentrichtlinie vgl. etwa FLAMMER R., *Biotechnologische Erfindungen im Patentrecht. Eine Analyse der EU-Richtlinie*, Wien 1999; SCHNEIDER I., *Die Kontroverse um die Patentierung von Genen menschlicher Herkunft. Zur EU-Richtlinie über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen und deren Umsetzung in Deutschland*, in: GOEBEL B., KRUIP G. (Hrsg.), *Genotechnologie und die Zukunft der Menschenwürde*, Lit Verlag, Münster-Hamburg-London 2003, S. 101-132.
- 19 Die RL war bis 30.07.2000 umzusetzen. Bis Juni 2005 hatten 21 Mitgliedsstaaten umgesetzt. Italien etwa wurde vom EuGH im Jahr 2005 verurteilt, EuGH, Rs C-456/03
- 20 Vgl. zum TRIPS-Abkommen etwa VAN OVERVALLE: *Bio-Patents, law and ethics* (2003), S. 192f
- 21 Auch das Forschungsprivileg ist den US-Patentbestimmungen unbekannt. Vgl. NATIONALER ETHIKRAT, *Zur Patentierung biotechnologischer Erfindungen unter Verwendung biologischer Materials menschlichen Ursprungs. Stellungnahme*, Berlin 2004, S. 13
- 22 RIPPE K. P., *Biopatente – eine ethische Analyse*, in: BAUMGARTNER/MIETH, *Patente am Leben?* (2003), S. 99-116 (100) mwN
- 23 Vgl. dazu NATIONALER ETHIKRAT, *Zur Patentierung biotechnologischer Erfindungen* (2004), S. 17f
- 24 Als Überblick vgl. MIETH D., *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Herder Verlag, Freiburg – Basel – Wien 2002, bes. S. 304-315. Vgl. auch STRAUS J., *Art. Patentierung*, in: KORFF W. et al. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998, S. 830-834.
- 25 Vgl. dazu etwa KESSELING T., *Ethik der Entwicklungspolitik. Gerechtigkeit im Zeitalter der Globalisierung*, Beck Verlag, München 2003
- 26 Vgl. dazu NATIONALER ETHIKRAT, *Zur Patentierung biotechnologischer Erfindungen* (2004), S. 7
- 27 Vgl. zu diesem Begriff im Zusammenhang mit der Genpatentierung kritisch RIPPE, *Biopatente – eine ethische Analyse* (2003), S. 108-114
- 28 VAN OVERVALLE, *Bio-Patents, law and ethics* (2003), S. 196
- 29 SCHNEIDER I., *Funktionsgebundener Stoffschutz auf DNA-Sequenzen? Policy-analytische und wissenschaftstheoretische Anmerkungen zu einer zentralen Kontroverse in der Biopatentierung*, in: BAUMGARTNER, MIETH, *Patente am Leben?*, S. 179-211 (180)
- 30 NATIONALER ETHIKRAT, *Zur Patentierung biotechnologischer Erfindungen* (2004), S. 22
FLAMMER, *Einige Aspekte* (1999), S. 168
- 31 Vgl. dazu mit Hinweis auf Alternativvorschläge SCHNEIDER, *Funktionsgebundener Stoffschutz auf DNA-Sequenzen?* (2003), S. 179-211; siehe zuletzt den Monitoring-Bericht der Kommission zur Biopatent-RL v. 14.07.2005, COM (2005) 312 final.

- 32 SCHNEIDER, *Funktionsgebundener Stoffschutz auf DNA-Sequenzen?* (2003), S. 192-211 mwN
- 33 So etwa MIETH D., *Patente am Leben? Biopatentierung in sozialethischer Perspektive*, in: BAUMGARTNER, MIETH, *Patente am Leben?* (2003), S. 77-98 (86)
- 34 Vgl. dazu VAN OVERVALLE, *Bio-Patents, law and ethics* (2003), S. 196f
- 35 Vgl. ablehnend MIETH, *Patente am Leben?* (2003), S. 94f., ambivalent die Kommission, COM (2005) 312 final, S. 6.
- 36 So etwa FLAMMER, *Einige Aspekte* (1999), S. 169
- 37 Die Abschaffung des einschlägigen Art 6 Biopatentrichtlinie folgert daher etwa VAN OVERVALLE: *Bio-Patents, law and ethics* (2003), S. 199
- 38 Vgl. dazu nur die Zusammenstellung der verschiedenen Positionen in NATIONALER ETHIKRAT, *Zur Patentierung biotechnologischer Erfindungen* (2004), S. 24-30

Zum Ergebnis des Prüfungsverfahrens der Volksanwaltschaft betreffend einen Lehrausgang einer vierten Hauptschulklasse in eine Abtreibungsklinik

Wolfgang WALDSTEIN

Die Volksanwaltschaft hat in einem sorgfältigen Prüfungsverfahren die rechtlichen Bedenken eingehend aufgezeigt, die sich gegen einen, „(zumindest) mit Billigung des Stadtschulrates (StSR) für Wien“ veranstalteten „Lehrausgang mit einer vierten Hauptschulklasse in“ eine „private Tagesklinik“ erheben, „zu deren Hauptschwerpunkten die Vornahme von Abtreibungen – insbesondere auch im Rahmen der sogenannten ‚Fristenlösung‘ – gehört“. ¹ Im Hinblick auf die Tatsache, dass „sich die Klinik nicht als gemeinnützig“ deklariert, ist mit Recht auf „ein wirtschaftliches Interesse der Klinikbetreiber an der Durchführung von Abtreibungen“ geschlossen worden und darauf, dass „die daraus folgende Gefahrendenziöser Informationserteilung an die Schüler nicht ausgeschlossen werden“ kann. Weiter musste festgestellt werden: „Aus den der Volksanwaltschaft zugegangenen Stellungnahmen des StSR für Wien bzw. des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (BMBWK) kann nicht ersehen werden, dass dieser Gefahr glaubhaft und wirksam begegnet worden wäre. Weiters konnte der Verdacht der nicht zeitgerechten und nicht hinreichend klaren Verständigung der Eltern in einer derart sensiblen Materie nicht entkräftet werden“. ² Ferner muss die Volksanwaltschaft feststellen: „Als Ziel des Lehrausganges wurde die Aufklärung der Schüler über Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung und damit die Verhinderung von Abtreibungen angegeben. Dabei konnte jedoch nicht plausibel begründet werden, weshalb gerade jene private Tagesklinik und nicht etwa eine gynäkologische Ambulanz an einer öffentlichen Krankenanstalt, bei der ein wirtschaftliches

Interesse an der Durchführung von Abtreibungen von vorneherein ausgeschlossen ist, zur Erreichung dieses Zieles als besonders geeignet angesehen wurde“. ³ Auf diese Frage der Volksanwaltschaft hat die „amtsführende Präsidentin des StSR für Wien“ zu behaupten gewagt: „Das Ziel des Klinikbesuches habe darin bestanden, *„dass bei den Jugendlichen Einsicht entwickelt wird, ihr Leben so zu gestalten, dass solche Einrichtungen nie in Anspruch genommen werden müssen“*“. ⁴

Unter Berücksichtigung aller heute gegebenen Realitäten kann diese Aussage nur als Verhöhnung der Volksanwaltschaft verstanden werden. Die SPÖ hat auf ihrem Parteitag im November 2004 einstimmig die Forderung nach „Herausnahme der Regelung des Schwangerschaftsabbruches aus dem Strafgesetzbuch“ beschlossen. Damit soll die bisher bestehende Rechtswidrigkeit der Abtreibung im Rahmen der Fristenlösung und damit der strafrechtliche Schutz für ungeborene Kinder bis zur Geburt völlig aufgehoben werden. In der Logik der Stellungnahme der Präsidentin des StSR für Wien müsste man fragen, ob dieser Beschluss den Zweck hatte, zu bewirken, „Einrichtungen für die Abtreibung nie in Anspruch“ nehmen zu müssen. Gleichzeitig hat in Salzburg Landeshauptfrau Gabi BURGSTALLER eine verfassungs- und rechtswidrige Weisung erteilt, in den öffentlichen Landeskrankenanstalten Abtreibungen durchführen zu lassen. ⁵ Es wird wohl niemand behaupten können, dass die rechtswidrige Einrichtung einer Abtreibungsambulanz in den Landeskrankenanstalten mit einem klar erklärten Interesse an starker Inanspruchnahme, damit sie finanziell funktioniert, zu dem Zwecke erfolgt ist, dass

sie „nie in Anspruch“ genommen werden müsse. Sowohl der Parteitagbeschluss als auch das Vorgehen der Landeshauptfrau BURGSTALLER zeigen klar, dass weder die Verfassung noch das sonstige Recht etwas bedeuten, wenn sie dem politischen Willen entgegenstehen. Dies hat übrigens bereits das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) zur Fristenlösung klar gezeigt. Für den VfGH war nicht die durch die Verfassung gegebene Rechtslage maßgeblich, sondern, wie das Mitglied des VfGH Wilhelm ROSENZWEIG ausdrücklich erklärt hat, vielmehr jene „politische Willensentscheidung“, die von der aus dem „Kampf um ihre Programme“ siegreich hervorgegangenen Partei getragen ist. ROSENZWEIG sagt dann wörtlich:

„Diese Form der Demokratie darf nicht dadurch bedeutungslos gemacht werden, dass sich die Wähler sagen, dass letzten Endes die Entscheidung nicht von ihnen, sondern vom Verfassungsgericht getroffen wird“.⁶

Peter PERNTHALER hat dazu treffend festgestellt: „das ist ein Vorgang, den man zurecht als ‚Verfassungsverdrängung‘ bezeichnet hat und der auf kaltem Wege die normativ objektivierende Funktion des Verfassungsrechts außer Kraft setzt“.⁷ Felix ERMACORA hat in seinem Buch *Grundriss der Menschenrechte in Österreich* festgestellt: „Es gibt keine sachliche Rechtfertigung für dieses Erkenntnis eines Höchstgerichtes in Mitteleuropa mit jenen Traditionen, die der Präambel der EMRK verpflichtet sind. Das Erkenntnis hat gesellschaftsändernden Bestrebungen einer einfachen Parlamentsmehrheit Rechnung getragen. WALDSTEINS Kritik ist in dieser Hinsicht voll zuzustimmen. Die Kritik gegen das Erkenntnis und die Art der Rechtsfindung ist umfassend gewesen“.⁸

In diesem Kontext kann kein Zweifel daran bestehen, dass die nach wie vor bestehende objektive Rechtswidrigkeit der Abtreibung im Rahmen der Fristenlösung, die von der Volksanwaltschaft überzeugend nachgewiesen wurde, für die Präsidentin des StSR für Wien ebenso wie für den Verantwortlichen für die

Stellungnahme des BMBWK unmaßgeblich ist. Wenn das BMBWK „zur Rechtfertigung der ... kritisierten Klinikbesuche“ erklärt, „dass diese der sachlichen Darlegung und Diskussion ‚*unterschiedlicher Leitvorstellungen der verschiedenen Gesellschaftsgruppen [...] im Geiste gegenseitiger Achtung*‘ dienen“, so hält die Volksanwaltschaft dem mit vollem Recht entgegen, „dass es im Falle der Abtreibung eben nicht einfach um grundsätzlich akzeptable unterschiedliche Leitvorstellungen verschiedener Gesellschaftsgruppen geht, sondern um die Frage von Recht und Unrecht. Wann immer diese Unterscheidung im Rahmen von verpflichtenden Lehrausgängen nicht glaubhaft sichergestellt werden kann, haben solche zum Schutz der Schüler vor sittlicher Gefährdung (§ 2 [2] Z 5 SchVV) zu unterbleiben.“

Im Hinblick auf den publizierten und praktizierten Willen der für die Entscheidungen verantwortlichen politischen Partei kann der Lehrausgang in eine Abtreibungsklinik in Wahrheit nur zu dem Zweck erfolgt sein, den SchülerInnen den Eindruck zu vermitteln, dass die Abtreibung gegebenenfalls für sie eine problemlose Lösung bei unerwünschter Schwangerschaft ist. Sie kennen damit auch schon die Klinik, an die sie sich wenden können. Bei Würdigung aller von der Volksanwaltschaft dargestellten Normen ist klar, dass deren schlichte Missachtung ebenfalls rechtswidrig ist. Versuche, die wahren Ziele des Vorgehens mit Erklärungen wie die oben zitierte der amtsführenden Präsidentin des StSR für Wien zu verschleiern, machen zudem klar, dass die Wahrheit bei diesem Vorgehen ebenso wenig bedeutet wie das Recht.

Im Zusammenhang mit der rechtswidrigen Durchsetzung der Einrichtung einer Abtreibungsambulanz in den Salzburger Landeskrankenanstalten musste ich feststellen: „Mißt man die Realität an den angeführten⁹ Bestimmungen der Verfassung und maßgeblicher Gesetze, so wird klar, daß eine Weisung, die in sich rechtswidrig ist und in ihrer Folge rechtswidriges Handeln der von der Weisung betroffenen

Personen anordnet, nach Art. 18 Abs. 1 BVG auch verfassungswidrig ist. Ein staatliches Organ, wie es die Landeshauptfrau ist, verläßt den Boden der Rechtsstaatlichkeit, wenn es eine politische Machtposition dazu mißbraucht, Rechtswidriges durchzusetzen, nur, weil es von der betreffenden politischen Partei gewünscht wird, die gerade die Macht hat. Wie bereits seit der vorchristlichen Antike klar erkannt wurde, schlägt auch eine Demokratie in ihre Entartung um, wenn die politischen Machtträger, im Falle der Demokratie die Mehrheit, objektiv Rechtswidriges mit Hilfe ihrer Macht durchsetzen. Die Demokratie schlägt dann, wie der griechische Historiker POLYBIOS im 2. Jh. v. Chr. es formuliert, in die Ochlokratie um, in die Tyrannis der Masse. Nur totalitäre Systeme erlauben es sich, das Recht dort zu ignorieren, wo es ihnen im Wege steht¹⁰.

Die Vorgänge um den von der Volksanwaltschaft mit Recht kritisierten Lehrausgang liegen leider auf der gleichen Ebene. Es geht jedoch nicht nur um ein „abtreibungsfreundliches Meinungsklima“, von dem man sprechen kann, sondern um einen massiven politischen Willen, der nachweislich auch die EU beherrscht, die Abtreibung überall als „Recht“ der Frau durchzusetzen. Daher wird am Schluss der Stellungnahme treffend festgestellt:

„Gemäß Art. 18 B-VG hat freilich die Vollziehung nicht aufgrund eines ‚Meinungsklimas‘ zu erfolgen, sondern aufgrund der Gesetze. Auch die Volksanwaltschaft – ebenso wie das BMBWK oder der StSR für Wien – ist an diese gebunden, selbst wenn sie sich damit in Gegensatz zu einem widerstreitenden ‚Meinungsklima‘ setzen sollte.

Es mögen daher in Zukunft bei der Organi-

sation von Lehrausgängen die oben ausführlich erörterten rechtlichen Rahmenbedingungen beachtet werden“.¹¹

Der Volksanwaltschaft kann für ihr in dieser Stellungnahme zum Ausdruck kommendes Bemühen um die Erhaltung der Rechtsstaatlichkeit nicht genug gedankt werden. Freilich lehren die Erfahrungen der Vergangenheit, dass auch die klarsten und besten Darlegungen der rechtlichen Lage einen politischen Willen nicht zu beeinflussen vermögen, der zum rechtswidrigen Handeln entschlossen ist und dazu die Macht hat. Es bleibt jedoch die Hoffnung, dass die Klarstellung der Rechtslage ein Erwachen bei möglichst vielen Menschen bewirken kann, denen die Erhaltung der Rechtsstaatlichkeit ein ernstes Anliegen ist.

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang WALDSTEIN
Paris-Lodron-Straße 12
A-5020 Salzburg

Referenzen:

- 1 *Die Entscheidung der Volksanwaltschaft*, in: IMABE-Studie Nr. 5, Wien 2005
- 2 S. 8 der Entscheidung.
- 3 S. 2 der Entscheidung.
- 4 S. 4 der Entscheidung.
- 5 Dazu eingehend WALDSTEIN, *Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL)* 14 (2005) 56 – 60 mit weiteren Hinweisen.
- 6 Festschrift für Christian BRODA, hrsg. von M. NEIDER (1976) 265. Dazu eingehend WALDSTEIN, *Das Menschenrecht zum Leben* (= Schriften zum Öffentlichen Recht, Band 423), Duncker & Humblot, Berlin 1982, 58 – 66.
- 7 JBl 97 (1975) 317.
- 8 *Grundriß der Menschenrechte in Österreich*, Wien 1988, 55 mit weiteren Hinweisen.
- 9 ZfL 14 (2005) 56 – 58.
- 10 ZfL 14 (2005) 57 f.
- 11 S. 40 der Entscheidung.

The Breast Physiology and the Epidemiology of the Abortion Breast Cancer Link

Angela LANFRANCHI

This past August in Minneapolis, Patrick CARROLL, director of the Pension and Population Research Institute of London, presented a paper to the largest gathering of statisticians in North America. He showed that abortion was the best predictor of breast cancer in Britain. Breast cancer is the only cancer in Britain which has its highest incidence and mortality rate among the upper rather than lower social classes. Abortion before a full term pregnancy and late pregnancy were the best explanations for this incidence. He also found that there had been a 70% increase risk of breast cancer between 1971 and 2002 and that for women between 50 and 54 years of age incidence was highly correlated with abortion. In England where the abortion rates are the highest, the incidence of breast cancer is 116 per 100,000, while in Ireland where abortion is rare, the incidence is 97 per 100,000.

Under CEAUSESCU, during whose 20 year rule abortion was illegal, Romania enjoyed one of the lowest breast cancer rates in Europe. Since abortion was legalized, Romania now has one of the highest breast cancer rates in the world.

These European trends mirror what has occurred in the United States. Over the last 30 years since the 1973 US Supreme Court Roe v. Wade decision legalized abortion in every state, the incidence of breast cancer has risen by 40% while the other major cancers fell or remained the same. Most of this increase occurred in women who were of reproductive age when abortion was legalized. The numbers of abortion performed per year quickly rose from about 60,000 illegal abortions to over 1.5 million performed once abortion was legalized.

Abortion is a causal factor in the development of breast cancer in the same way ciga-

rettes cause lung cancer. Like cigarettes which cause lung cancer to form in 15% of those who smoke, abortion causes breast cancer in about 5% of women who have an abortion. This results in approximately 10,000 cases a year of breast cancer attributable to abortion in the US, approximately the same number caused by the inheritable BRCA gene. The vast majority of smokers never get lung cancer yet we tell the public not to smoke. Women considering abortion need to know about the abortion breast cancer link (ABC link) so that they can give informed consent. Women who have had an abortion need to know they are at higher risk so that they can be screened for breast cancer at an appropriate age.

This article will explain the breast physiology and the epidemiologic criteria supporting the ABC link and briefly comment on two publicized studies refuting it.

Understanding Risk

Many women have been alarmed by the widespread publication of the cumulative life time risk of breast cancer. This is a statistically derived number that assumes all women will live to the age of 82 and not die of other causes before then. For example, in the US in 1975 the risk to develop breast cancer was 1 in 12 women. In 2004 that risk increased to 1 in 7, reflecting the increase in incidence of breast cancer over the last 30 years. However, it does not mean that if there are seven women in a room one of them will now develop breast cancer. If a woman in the US has no risk factors for breast cancer, and very few women do, her risk of developing breast cancer is 3.3%.¹

I Three Major Influences on Breast Cancer Risk

The risk for development of breast cancer can be understood by considering three major influences: genetic factors, lifetime exposure to estrogen and breast lobule maturation. Genetic factors can include inheritable mutated genes as well as physical or chemical carcinogens. Well documented breast physiology in relation to estrogen and lobule maturation fully supports the association of induced abortion and breast cancer risk.

1. Genetic Factors

While it is true the root cause of all cancers are damaged genes, when considering breast cancer risk it is useful to realize that only 8 to 10% of all breast cancers occur because women inherited a faulty gene from one of their parents such as the BRCA genes. There can also be direct DNA damage caused by large doses of radiation to the breast such as when women are treated for Hodgkin's disease in the chest with radiation. These account, however, for only a few percent of cancer cases. Benzopyrenes in cigarette smoke can also damage breast DNA.

Therefore, lifetime exposure to estrogen and breast lobule maturation account for the approximate 90% of the other cases of breast cancer. There is also the interaction of these two factors in regards to the timing of these exposures that impact risk. For example, exposure to radiation damages breast tissue most when the cells are actively developing and dividing as when the breast is growing during puberty. The atomic bomb radiation in Hiroshima caused breast cancers to form in teenagers that were exposed and did not affect postmenopausal women. Benzopyrenes in cigarette smoke increase breast cancer risk in teenagers who have not had children by as much as 600%.² Postmenopausal women who have had children do not have this increase in risk.

2. Lifetime Exposure to Estrogen

Estrogen is the major female hormone which makes women womanly. Without estrogen women would not develop breasts or be able to bear children. It is difficult to grasp why such a beneficent hormone could also cause breast cancer. Yet one only has to remember that some of the most effective and used breast cancer treatments available are drugs which block the effect of estrogen or keep it from forming in the patient in order to understand the large impact estrogen exposure has on the risk of developing breast cancer. The class of anti-cancer drugs known as SERMs alter the effect of estrogen on breast cells. For example, tamoxifen (Nolvadex®), a drug used both to treat breast cancer and prevent it, blocks estrogen receptors. Another class of drugs such as anastrozole (Arimidex®) blocks an enzyme aromatase from converting another hormone into estrogen. Before such drugs were available, breast cancer was treated by removing the patient's ovaries to decrease the estrogen in her body.

DES, diethyl stilbesterol, a potent synthetic estrogen used to prevent miscarriages also increased the risk of breast cancer in the mother and the female child exposed in utero. In order to understand why lifetime exposure to estrogen increases breast cancer risk, it is necessary to understand its role as a mitogen and genotoxin.

Estrogen as a Mitogen

Estrogen in the presence of progesterone causes breast cells to undergo mitosis, i. e. multiply through division. Once a breast cell duplicates its DNA (long strands of genes in the nucleus of the cell) it will divide into two cells. While the DNA is duplicated, copying errors and translocations can occur resulting in cells with abnormal DNA called mutations. If a mutation is severe enough or if multiple mutations occur, a cancer cell may form.

Towards the end of a woman's menstrual cycle, estrogen and progesterone levels are elevated causing milk duct cells to undergo mitosis. These facts account for many risk factors of breast cancer that can be summed up by noting that the more menstrual cycles a woman has in her lifetime the higher her risk for breast cancer. For example, early menarche (age at 1st menstruation) and late menopause result in more menstrual cycles and are factors which increase breast cancer risk. Late menarche and early menopause result in fewer cycles and decrease risk of breast cancer. Irregular cycles in the first few years after menarche result in lower breast cancer risk (fewer cycles and fewer ovulations). Teenagers may be treated with birth control pills to regulate their cycles, thereby increasing breast cancer risk.

Estrogen as a Carcinogen

Estrogen also causes breast cancer by directly acting as a carcinogen, i. e. by directly damaging DNA. There are metabolites of estrogen which the body makes in the course of breaking down the hormone and eliminating its effect. Hormone levels in the body are tightly regulated on a daily as well as monthly cycle basis. One such metabolite of estrogen is catechol estrogen quinone (CE quinone). CE quinone directly damages DNA by pulling purine bases, components of DNA, out of the strands. Women with breast cancer have higher levels of CE quinone in their blood than women without breast cancer.³

In premenopausal women the ovaries are the primary natural source of estrogen. By removing the ovaries, a woman will have a lower risk of breast cancer. This may happen if a woman has her ovaries removed because of disease. There is also a peak of estrogen during the menstrual cycle that causes ovulation. When a woman is under stress, for example during marathon training or by extreme weight loss, she may not ovulate or miss her cycles altogether reducing her breast cancer risk.

During breast feeding a woman may also miss ovulation or cycles reducing breast cancer risk. The primary source of natural post menopausal estrogen is adipose (fat) tissue. The aromatase enzyme system in adipose cells causes estrogen to be formed from another hormone, androstendione. Therefore postmenopausal obesity also increases risk for breast cancer.

Estrogen can also come from sources outside the body, usually as drugs and sometimes as residues found in foods. Worldwide, about 10% of all women of reproductive age presently use combined hormonal contraceptives. In all, there are more than 100 million women who take combined oral contraceptives. The rates vary from 6% in less- developed countries to 16% in more well-developed countries. In the US about 75% of women have taken hormonal birth control in their lives. As explained in a later section on breast lobule maturity, this is especially potent in forming breast cancers when taken by teens or women without children. Most birth control pills contain estrogen and progesterone at high enough levels to largely suppress ovulation. One study showed teenagers who take birth control pills before a pregnancy have a 1000% increase risk of breast cancer.⁴ Injectable and implantable progestin-only drugs increase risk as would the hormones taken transdermally with a patch. Hormone replacement therapy also increases breast cancer risk commensurate with the length of time it was taken. In Puerto Rico, estrogen residues found in chicken meat were responsible for early menarche in teens increasing their breast cancer risk.

Recent Acknowledgement of Carcinogenic Effects of Estrogen

In August 2005, Lancet Oncology reported that as a result of this past June's meeting of the International Agency for Research on Cancer in Lyon, France, the World Health Organization recognized that estrogen and progesterone taken in combination, resulted in increased risk of breast as well as cervical

and liver cancers.⁵ Estrogen has been listed as a carcinogen by the National Toxicology Advisory Panel of the US National Cancer Institute since 2000 precisely because they felt women weren't being apprised of their risk of breast cancer sufficiently when hormone replacement therapy and birth control pills were prescribed. By scientists demonstrating that even breast cells that do not have estrogen receptors in them will become cancerous when exposed to estrogen confirms that estrogen is a direct carcinogen.⁶ The estrogen receptors do not need to be stimulated for mitosis in order to initiate a cancer. Estrogen can directly initiate cancer cells to form. The age specific incidence curve for breast cancer underscores this fact as the incidence of breast cancer does not start to increase until after puberty and rises sharply at the point when initiated cancers become clinically detectable, about 10 years after menarche. The incidence does not lessen until after menopause.

This is why estrogen-containing drugs should not be used for most of their widely applied usages when there are other equally effective methods for treatment. The drugs Fosamax® (alendronate sodium) and Actonel® (risendronate sodium) can be used for osteoporosis. Heart attacks and strokes as well as blood clots in veins and lungs are increased by hormonal treatments. Acne can be treated with antibiotics. Irregular cycles in teens are normal and reduce cancer risk. Painful menstrual cramps can be treated with pain relieving antiinflammatory drugs. Fertility can be controlled with natural methods such as tracking fertile days and abstinence or non hormonal barrier methods. Cancer causing drugs should be used only when no other methods or treatments are available.

3. Breast Lobule Maturation

The breast is the only organ that is not fully formed at birth. It does not start to fully develop until puberty when estrogen levels start to

rise and the breast enlarges. However, it does not fully mature until the end of a full term pregnancy when it is capable of producing milk for a newborn.⁷

To the eye, the breast merely enlarges during pregnancy. Microscopically, and more importantly, the breast actually changes its microscopic structure into cancer resistant type 3 lobules. This is why having a full term pregnancy reduces a woman's risk of breast cancer and the earlier she does this in her reproductive life, the lower her risk of breast cancer. When a female child is born she only has a few rudimentary alveolar buds. At the end of puberty, over 70% of her breast tissue consists of type 1 lobules. These are units of breast tissue consisting of milk glands and a duct which are immature and incapable of producing milk. They are also the place where ductal breast cancers start. Ductal breast cancers account for over 80% of all human breast cancers. Not only do they look different anatomically, but they also act different metabolically. For instance, they replicate their DNA faster than mature type 3 lobules. This results in more copying errors and mutations than in type 3 lobules. There is also a shorter time for the cell to repair the errors. After undergoing a full term pregnancy, only a small percentage of the type 1 lobules remain and over 70% of the breast tissue is now the cancer resistant type 3 lobules. This is why a full term pregnancy reduces breast cancer risk. It is also why the sooner a woman has a full term pregnancy the lower her risk of breast cancer. After a full term pregnancy, further exposure to estrogen during her monthly cycles does not as adversely effect her breasts as would be the case if her breasts were still mostly composed of cancer sensitive type 1 lobules. If a woman has menarche at age 10 and doesn't have a full term pregnancy until she is 30, she has had 20 years of estrogen exposure by her cancer sensitive type 1 lobules. If she has a full term pregnancy at age 20, there will have been half the risk exposure and less cancer risk. In fact, compared to a woman who has her first full

term pregnancy at age 30, an 18 year old who has a full term pregnancy has a 75% reduction in breast cancer risk.

If a woman remains childless, for her entire reproductive life her sensitive type 1 and 2 lobules are exposed to elevated levels of carcinogens for over 30 years and her risk of breast cancer is greatly increased.

The effect of pregnancy hormones on the breast is different at different times during the pregnancy. During the first two trimesters in the presence of rapidly rising levels of estrogen, the breast merely enlarges by increasing the numbers of type 1 and 2 cancer vulnerable lobules. This is why premature deliveries before 32 weeks of pregnancy increases breast cancer risk. When the pregnancy ends at premature delivery, the breast has not matured into mostly type 3 lobules resistant to cancer, but is now different than the pre-pregnancy state. There are now more type 1 lobules in the breast and more places with breast cancer to start. This assumes that the hormonal status of the pregnancy is normal and resulted in a pregnancy that lasted up to 7 months.

a) Spontaneous Abortions

However, some pregnancies end prematurely through spontaneous abortion (also known as miscarriage). Most of these spontaneous abortions occur in pregnancies with low hormonal levels. Women will often report not having realized they were pregnant when they miscarried. They had not experienced the earliest signs of pregnancy such as sore and tender breasts or nausea as their hormonal levels were not elevated as in a normal pregnancy. Estrogen level will rise even before implantation and increase 2000% by the end of the first trimester. Doctors will often measure estrogen levels when attempting to predict when bleeding during pregnancy will result in spontaneous abortion. If levels are below normal, the pregnancy is not healthy and the mother will miscarry.

b) Induced Abortions

These situations are very different from those that occur in induced abortions. Most of these occur in normal pregnancies. Studies have shown that the longer a pregnancy exists before an abortion, the higher the risk of breast cancer. This is due to the same mechanism why premature births increase breast cancer risk. After an induced abortion, the mother is left with more type 1 and 2 lobules where cancers start than before she was pregnant. This causes her to be at increased risk for breast cancer. This is the basis for the independent risk of abortion and breast cancer.

There are also secondary reasons why induced abortion increases breast cancer risk. A woman who is pregnant and gets an abortion loses the protection against breast cancer a full term pregnancy would have afforded her. She is exposed to very high levels of the mitogen and genotoxin estrogen even in early



Figure 1: Type 1 Breast Lobule (photomicrograph courtesy of Drs. I. and J. Russo)

abortions. Abortions also increase the incidence of premature deliveries of subsequent pregnancies which in themselves increase breast cancer risk.

Summary

Abortion increases breast cancer risk through multiple mechanisms. Pregnancy exposes the woman to high levels of estrogen acting as a mitogen and genotoxin and induced abortion then leaves her breast with more places for breast cancers to start. She has a higher risk of subsequent premature deliveries which then increase her risk further.

II Epidemiologic Support for the ABC Link

Epidemiology is defined as the study of disease trends in large populations. It cannot

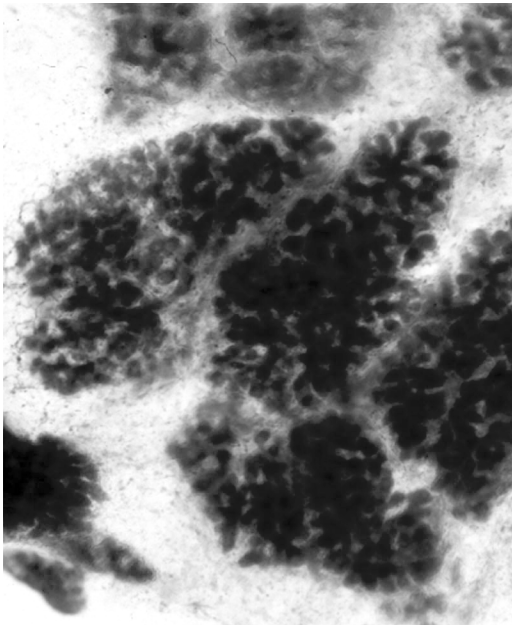


Figure II: Type 3 Breast Lobule (photomicrograph courtesy of Drs. I. and J. Russo)

by itself be the method to discover the cause of diseases. Scientists usually do that with experiments and case studies of patients. Epidemiologic studies give scientists a place to look for corroboration. However, if epidemiologic studies are done and they meet certain criteria as a whole, the case for a causal relationship can be made.

Before any statements may be made, that a factor is a real cause of a disease and not just merely associated with it, strict criteria must be met. Just because a study shows a positive association of a factor with a disease, it doesn't mean that factor is the cause.

For example, large, statistically significant and reproducible studies might show that people who carry matches in their pockets have a higher risk of lung cancer. We know now that the cigarettes they light cause the lung cancer. Without the additional criteria of a plausible biologic theory of how the matches cause lung cancer, these studies, no matter how many are done, show only a positive association between matches and lung cancer.

Knowing that matches were associated might lead scientists to investigate how the matches were used and discover the true cause of lung cancer.

1 Nine Criteria illustrating the causal risk of Abortion and Breast Cancer

Epidemiologic studies done concerning the ABC link show that they meet nine criteria for abortion becoming a causal factor for developing breast cancer.

Criterion 1: Timing

The exposure to the risk must occur before the disease is detected, i.e. the abortion must occur before the breast cancers form. This may seem so obvious that it need not be mentioned. However, a well known study, the 1997 Melbye study violated this rule when it collected breast cancer cases from a registry starting

in 1968 and abortions starting in 1973. Those cases of cancer from 1968 to 1972 should not have been included in the study.⁸

Criterion 2: The preponderance of studies shows a positive association between abortion and breast cancer.

One or two studies can never be thought to prove a causal link. Out of 40 world wide studies done to date, 27 show a positive association.

Criterion 3: Statistically significant studies

Scientists require 95% certainty that the study results were not obtained by chance alone. There are 17 statistically significant studies which show the ABC Link.

Criterion 4: Studies show a large relative risk, greater than 3.0

If there is only a 10% increase in risk, it is difficult to say the risk is causal. There are subsets of women that show a greater than 200% increase risk in breast cancer with abortion.

Criterion 5: The dose effect

Based on biologic mechanisms, the more one is exposed to the risk, the higher the risk to develop the disease. For example, the more cigarettes one smokes, the higher the risk of lung cancer. The longer one is pregnant before an abortion, the higher is the risk of breast cancer. This is because the woman is left with more type 1 and 2 lobules where breast cancers start than at the time of conception.

Criterion 6: Biologic plausibility

The biologic mechanism that explains the reason for the risk association must be biologically plausible. The physiology of the breast cancer link with abortion has been thoroughly

explained in a previous section. Elevated levels of estrogen during pregnancy leave the breast with increased numbers of type 1 and 2 lobules where breast cancers arise and there is no benefit of a full term pregnancy maturing the breast with predominantly type 3 lobules which are cancer resistant.

Criterion 7: Experimental studies

In 1980, Russo and Russo studied the effect of abortion on rats compared to rats that had a full term pregnancy. The aborted rats developed breast cancers at a much higher rate when given the carcinogen DMBA than virgin or rats that had had a full term pregnancy.⁹

Criterion 8: Analogy

Similar exposures should result in similar effects. Premature deliveries before 32 weeks also double breast cancer risk because the breasts are left with more lobules where breast cancers can start.¹⁰ An abortion can be thought of as premature delivery by an abortionist.

Criterion 9: Coherence

The association of breast cancer and abortion should be compatible with the known natural history and biology of breast cancer. It takes an average of 8 to 10 years for one breast cancer cell to keep doubling so that it forms a tumor of clinically detectable size, about 1 centimeter. The time periods in studies show the increase in breast cancers occur in the time frame appropriate for the development of breast cancer, i. e. at least 8 to 10 years after exposure.

2 Recent Epidemiological Studies and the Abortion Breast Cancer Link

In 1996, in the British Journal of Epidemiology and Community Health, Dr. Joel BRIND

and a group of US scientists published a quantitative meta-analysis of all the studies done up until that time which differentiated induced and spontaneous abortions. He found there was an overall 30% increase risk of breast cancer in women who had an abortion. This created such a furor that the journal's editor, Stuart Donan, felt he had to write an editorial in the following month's edition stating that although he was himself "pro-choice", he felt one must also be "pro-information".

Since that 1996 meta-analysis, there have been some recent studies that do not support the abortion breast cancer link. The most recently well publicized study was published March 2004 in the journal *Lancet*.¹¹ One of the authors quoted in a major Atlanta paper said, "Scientifically, this is really a full analysis of the current data."¹² Nothing could be further from the scientific truth. Out of many flaws in the study, three of them will be addressed here. (1) Selection bias occurred when 14 of 41 previously published were excluded for non-scientific reasons or simply not acknowledged to exist. The authors excluded 10 of 16 statistically significant studies linking abortion and breast cancer. If these 14 studies were combined they would show an 80% increase in breast cancer risk. (2) The authors also made an assumption of "recall bias" because their own study revealed an 11% increase in risk when retrospective studies were used. Recall bias assumes that women with breast cancer will more likely admit an abortion history and women without cancer will more likely lie. Recall bias is an hypothesis which has never been proven to show a statistically significant difference in these groups even when explicitly tested. (3) An inappropriate comparison group was chosen. The authors compared apples and oranges when the effects of having had a pregnancy that ended in abortion were compared with the effect of "not having had that pregnancy." Once a woman has begun a healthy pregnancy, however long, her breasts are different from before that pre-

gnancy started. Just as the effect of hormone replacement for postmenopausal women is studied in relation to other postmenopausal women who have no exposure to hormones, pregnant women who undergo abortion need to be compared to pregnant women who do not undergo induced abortion. Pregnancy forever alters the breast and physiologically these women are as different as pre- and postmenopausal women.

Another study published in 1997 misclassified 60,000 women who had legal abortions as not having had abortions because the authors used abortion registries starting in 1973 instead of 1940.¹³ Yet even with this and other major flaws, the study showed a statistically significant increase in risk in 2nd trimester abortions. This fact was not mentioned in the conclusion of the paper which stated that there was no link between abortion and breast cancer.

Conclusion

There has been created a need in society for "safe and legal" abortions as recourse when contraception fails. Even the US Supreme Court has used the argument that the public good demands abortion as a back up for failed contraception. If abortion is shown to be unsafe and a cause of human cancer that has hurt women, would constraints on reproductive rights not follow? This fear has polluted the normal scientific discourse that is needed. Our human biology will not allow us to avoid the obvious. Breast cancer and abortion are linked. Women know this on many levels. Rampant breast cancer seen in ever younger women will not allow this issue to be suppressed no matter how big the business of abortion providers. Breast cancer organizations should take the lead in informing women about the risks not only of abortion but also of the carcinogenic effect of estrogen-progestin combination drugs.

References:

- 1 NEWELL G. R., VOGEL V. G., *Personal risk factors: What do they mean?*, *Cancer* (1988); 62: 1695
- 2 BAND P. R., LE N. D., DESCHAMPS M., *Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer*, *Lancet* (2002);360: 1044
- 3 ROGAN E. G. et al., *Relative imbalances in estrogen metabolism and conjugation in breast tissue of women with carcinoma: potential biomarkers of susceptibility to cancer*, *Carcinogenesis* (2003); 24(4): 697-702
- 4 OLSSON H., LANDIN-OLSSON M. MULLER T. R., *Oral contraceptive use and breast cancer in young women in Sweden (Letter)*, *Lancet* (1985); 1: 748-749
- 5 COGLIANO V. et al., *Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment*, *Lancet Oncology* (2005); 56: 553-553
- 6 MILLER K., *Estrogen and DNA Damage: The Silent Source of Breast Cancer?*, *J Natl Cancer Inst* (2003); 95(2): 100-102
- 7 RUSSO J., RUSSO I. J., *Influence of age and parity on the development of the human breast*, *Breast Cancer Res Treat* (1992); 23: 211-218
- 8 MELBYE M. et al., *Induced Abortion and the Risk of Breast Cancer*, *N Engl J Med* (1997); 336: 81-85
- 9 RUSSO J., RUSSO I. H., *Susceptibility of the Mammary Gland to Carcinogenesis*, *Am J Pathol* (1980); 100: 497-512
- 10 MELBYE M. et al., *Pre-term Delivery and Risk of Breast Cancer*, *Br J Cancer* (1999); 80: 609
- 11 BERAL V. et al., *Breast Cancer and Abortion: Collaborative Re-analysis of Data from 53 Epidemiological Studies, Including 83,000 Women with Breast Cancer from 16 Countries*, *Lancet* (2004); 363: 1007-1016
- 12 WAHLBERG D., *Study: Breast Cancer Not Tied To Abortion; Group Backs Up Institute's Earlier Findings*, *Atlanta Journal Constitution* (GA), March 26, 2004, A9
- 13 MELBYE M. et al., *Induced Abortion and the Risk of Breast Cancer*, *N Engl J Med* (1997); 336: 81-85

Dr. Angela LANFRANCHI MD, FACS
Breast Cancer Prevention Institute
9 Vassar Street, Poughkeepsie, New York
12601, USA
angelabcpi@yahoo.com

HIV-Bekämpfung: Kondomen senken AIDS-Rate nicht

Häufigerer Gebrauch von Kondomen senkt weder das HIV-Risiko, noch ändert er das Verhalten der Menschen im Umgang mit Sexualität zum Positiven. Vermehrte Kondomwerbung und bessere Verfügbarkeit von Kondomen führen eher dazu, dass die Menschen zu sehr auf das Kondom vertrauen, häufiger Geschlechtsverkehr haben und das Risiko der Infektion noch eher in Kauf nehmen. Das hat eine Studie über Kondomwerbung und die Verteilung von Kondomen in Uganda ergeben, die im aus Baltimore stammenden „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes“ (JAIDS) veröffentlicht wurde.

J AIDS, 1. September 2005

Biotechnologie: Erstmals Hund geklont

Laut einer Veröffentlichung im Wissenschaftsmagazin Nature haben Wissenschaftler aus der Gruppe des bekannten Klonforschers Woo Suk HWANG in Südkorea erstmals einen Hund geklont. Das Klonen von Hunden hatte sich im Vergleich zu anderen Tieren als besonders schwierig herausgestellt. Zur Erzeugung des Welpen hätten die Forscher zunächst Bindegewebszellen aus der Ohrhaut eines erwachsenen Hundes der Afghanen-Rasse isoliert und danach das Erbgut der Zellen in eine zuvor künstlich entkernte Eizelle eingefügt. Aus mehr als 1000 Embryonen, die 123 Hündinnen eingepflanzt worden waren, entstanden schließlich 2 Lebendgeburten. Einer der Welpen starb kurz nach der Geburt, nur „Snuppy“, dessen Name für „Seoul National University puppy“ steht, blieb. Die Wissenschaftler erwarten sich aufgrund der großen Ähnlichkeit zwischen bestimmten Krankheiten bei Hunden und Menschen neue Erkenntnisse bei der Entwicklung von Heilmethoden.

*BBC Online-Ausgabe, 3. August 2005
Süddeutsche Zeitung, 4. August 2005*

Abtreibung: Debatte um embryonales Schmerzempfinden

Die Wahrscheinlichkeit, dass 29 Wochen alte Föten Schmerz empfinden, ist laut einer in einem Artikel im Journal of the American Medical Association (JAMA) veröffentlichten Studie sehr gering. Die Wissenschaftler stützen ihre Aussage darauf, dass für die bewusste Erkenntnis eines unangenehmen Stimulus, neuronale Gehirnstrukturen erforderlich sind, die den Thalamus und die Großhirnrinde verbinden. Diese würden erst ab der 29. bis 30. Schwangerschaftswoche gebildet. Veranlasst wurde die Studie durch ein Gesetzesvorhaben in den Vereinigten Staaten, wonach Frauen, die ab der 20. Schwangerschaftswoche eine Abtreibung vornehmen lassen wollen, vom Arzt über das embryonale Schmerzempfinden und die Möglichkeit einer Anästhesie aufgeklärt werden müssten.

Der Artikel löste eine hitzige Debatte aus. Einerseits wurde das genannte Gesetzesvorhaben als unnötig und uninformativ kritisiert, andererseits wurde die Objektivität der Studie in Frage gestellt, da einige der beteiligten Forscher Verbindungen zur Abtreibungsindustrie haben.

*JAMA, 24. August 2005
Chicago Tribune, 27. August 2005*

Selbstbestimmungsrecht: Lebenserhaltende Zwangsbehandlung unzulässig

Eine künstliche Sondenernährung ist „ein Eingriff in die körperliche Integrität“, dem der Patient zustimmen muss. „Das Recht des Patienten zur Bestimmung über seinen Körper macht Zwangsbehandlungen, auch wenn sie lebenserhaltend wirken, unzulässig“, heißt es in einem richtungweisenden Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) in Karlsruhe vom 8. Juni 2005. Bei Patienten, die sich selbst nicht mehr äußern können, kommt demnach den Erklärungen von Arzt und rechtl. Betreuer eine entscheidende Bedeutung zu.

Hintergrund des Urteils ist der Fall eines Wachkomapatienten (apallisches Syndrom), in dem die Pflegekräfte die Anordnung des Arztes, der im Einvernehmen mit dem rechtl. Betreuer des Patienten verfügt hatte, die künstliche Ernährung einzustellen und nur noch die Versorgung mit Flüssigkeit und Schmerzmitteln aufrecht zu erhalten, nie umgesetzt hatten.

Der BGH betonte allerdings, dass die strafrechtliche Grenze einer zulässigen „Hilfe zum Sterben“ noch nicht höchstrichterlich geklärt sei.

Dt. Ärzteblatt, 21. Juli 2005

Euthanasie: Sterbehilfe bei holländischen Kindern als Normalfall

Vor jedem dritten Sterbefall bei Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden steht Sterbehilfe zur Diskussion und ist daher keine Ausnahme mehr. Das geht aus einer Studie in den Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine hervor. Danach gingen etwa 36 Prozent aller Todesfälle im Alter von einem bis 17 Jahren eine „end-of-life“ Entscheidung voran. In 2,7 Prozent davon seien Medikamente mit der expliziten Absicht eingesetzt worden, das Leben zu verkürzen. Dies sei bei 0,7 Prozent der Fälle auf Wunsch des Kindes geschehen und in zwei Prozent auf Wunsch der Eltern. Die Entscheidungen seien nur in den wenigsten Fällen mit den Kindern besprochen worden. Dem Bericht zufolge beruhen die Zahlen auf einer Analyse von 129 Fällen, die nach dem niederländischen Recht vom behandelnden Arzt an übergeordnete Behörden gemeldet werden müssen.

Dt. Ärzteblatt Online-Ausgabe, 6. September 2005; Arch Pediatr Adolesc Med, 9. September 2005

Fortpflanzungsmedizin: Künstliche Gebärmutter als Lösung?

Ausgehend von den Ergebnissen eines amerikanischen Forscherteams,

dem es gelang, einen Mäuse-Embryo in einer künstlichen Gebärmutter fast bis zum Ende der Schwangerschaft zu ernähren, ist eine Diskussion um die Anwendung derartiger Verfahren beim Menschen in Gang gekommen. Dr. Hung-Chin Liu am Cornell University's Center for Reproductive Medicine and Infertility in Manhattan erwartet, innerhalb von 20 Jahren eine künstliche menschliche Gebärmutter herstellen zu können. Die Interaktion zwischen Mutter und Kind, die die Persönlichkeit und den Charakter des Babies entscheidend prägt, würde allerdings nicht nachgebildet werden können. Sowohl Wissenschaftler als auch Ethiker reagierten skeptisch bezüglich eines tatsächlichen Nutzens. Die israelische Ethikerin Frida SIMONSTEIN betonte die Wichtigkeit der Diskussion darüber, bevor derartige Vorhaben verwirklicht werden.

BioEdge, 16. August bzw. 13. September 2005

Embryonenforschung: Eingefrorener Eierstock erfolgreich transplantiert

Aus vollständigen Eierstöcken, die nach dem Einfrieren und Auftauen transplantiert wurden, haben israelische Wissenschaftler Schaf-Embryos gezüchtet. Nach drei Jahren untersuchten die Forscher eines der beiden Tiere, bei denen die Transplantation erfolgreich war, erneut. Es zeigte sich, dass der Eierstock noch immer funktionsfähig war und Eizellen produzierte. Schafe wurden als Versuchstiere ausgewählt, da ihre Eierstöcke jenen von Menschen ähnlich sind. Das Team des israelischen Institute of Animal Science um Amir ARAV geht davon aus, dass dieses Verfahren in einigen Jahren auch beim Menschen eingesetzt werden kann.

PTE, 15. September 2005

Embryonenforschung: Britische Forscher dürfen Embryo zweier Mütter zeugen

Wissenschaftlern der Universität Newcastle wurde die Herstellung eines Embryos mit der DNA zweier

Mütter genehmigt. Die Forscher, die insbesondere Erkrankungen der Mitochondrien untersuchen, die den Zellen Energie für Wachstum und Fortpflanzung liefern, wollen den Kern eines defekten Embryos in die unbefruchtete Eizelle einer weiteren Frau mit gesunden Mitochondrien einsetzen. Bereits im vergangenen August hatte die dafür zuständige britische Behörde für menschliche Befruchtung und Embryologie (HFEA) Forschern aus Newcastle erstmals das Klonen menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken erlaubt.

Neue Zürcher Zeitung, 8. September 2005

Tissue-Engineering: Heilende Haut von Ungeborenen

Die Haut von Ungeborenen kann das Heilen von Brandwunden bei Kindern erstaunlich gut unterstützen. Der Arbeitsgruppe von Patrick HOHLEFELD von der Universitätsfrauenklinik in Lausanne ist es gelungen, aus einem vier Quadratzentimeter großen fetalen Hautstück mittels Tissue-Engineering Lappen zur Auflage auf Hautwunden zu produzieren. Die Hautprobe stammte von einem Fötus, der in der 14. Schwangerschaftswoche abgetrieben worden war. Bei der Behandlung der acht Patienten im Alter von vierzehn Monaten bis acht Jahren zeigten sich die Vorteile des neuen Verfahrens unmittelbar: Die fetale Haut passte sich nahezu perfekt in ihre neue Umgebung ein. Die Anpassung des Spendergewebes geht so weit, dass es sogar sein Geschlecht wechselt, wie eine Biopsie nach sechs Monaten erbrachte. Die Ärzte beobachteten kaum überschießendes Hautwachstum noch Narbenzüge, die ästhetischen Resultate werden als exzellent beschrieben. Die Forscher sehen angesichts der einfachen Handhabung und aufgrund der Tatsache, dass aus einer einzigen kleinen Probe eines Hautstücks Millionen Hautkonstrukte hergestellt werden können, ein großes Potential in der Anwendung des neuen Verfahrens. Dass die ethisch verwerfliche Praxis der Abtreibung Voraussetzung dafür ist, scheint die Autoren nicht zu stören.

Lancet, 18. August 2005

Stammzellenforschung: Hautzellen mit Eigenschaften embryonaler Stammzellen

US-Forschern von der Harvard-Universität in Boston ist es gelungen, Hautzellen von Erwachsenen so umzuprogrammieren, dass sie die Eigenschaften embryonaler Stammzellen zurückerlangten. Sie hatten dazu die Hautzellen mit fremden embryonalen Stammzellen verschmolzen. Die resultierenden Zellen haben aber das Erbgut beider Ausgangszellen. Sollte es gelingen, das überzählige Erbmaterial zu entfernen, sei die Methode eine Alternative zum therapeutischen Klonen, so der Kommentar der Forscher. Ein Vorteil der neuen Methode sei es, dass sich bei dem neuen Verfahren wohl kein Embryo bilden kann, während beim herkömmlichen therapeutischen Klonen immer ein Embryo hergestellt werden muss. Allerdings waren zur Gewinnung der Ausgangszellen irgendwann ebenfalls Embryonen getötet worden. Der Erfolg der amerikanischen Wissenschaftler bildet allerdings erst den Anfang diesbezüglicher Forschungsbemühungen.

Science, 26. August 2005

Stammzellenforschung: Plazenta und Nabelschnurblut als Quelle für Stammzellen

Aus Nabelschnurblut gewonnene Zellen haben das gleiche Potential wie embryonale Stammzellen, wobei die ethischen Bedenken hinsichtlich der Gewinnung wegfallen. Britischen Wissenschaftlern von der Kingston University gelang es, eine Gruppe von Zellen zu finden, die sowohl die entscheidenden Eigenschaften von adulten wie auch die der embryonalen Stammzellen vereinen. Ihre Vermehrung erreichten sie durch „Microgravity“, eine Technik, die von der NASA für die Internationale Raumstation entwickelt worden war.

Forscher der Universität Pittsburgh haben stammzellenähnliche Zellen aus der Plazenta gewonnen. Sie enthält zwar keine echten Stammzellen, doch haben die sogenannten Epithelien, die die Amnionhöhle auskleiden,

große Ähnlichkeiten mit ihnen und scheinen auch pluripotent zu sein, da sie die Gene Oct 4 und nanog enthalten. Diese würden sich im Gegensatz zu den echten Stammzellen nicht grenzenlos vermehren lassen, es wären aber bei der Vermehrung keine sogenannten „Feeder“ erforderlich, die als möglicher Ausgangspunkt für Verunreinigungen gelten.

New Scientist, 18. August 2005
Stem Cells, 4. August 2005

Stammzellenforschung: Stammzellen aus Knochenmark enttäuschen

Adulte Stammzellen aus dem Knochenmark sind nach einer Studie der Universität Bonn offenbar nicht die erhofften „Alleskönner“. So können die Zellen zwar in Muskelfasern einwandern, übernehmen dort aber meist keine Muskelaufgaben, wie das Team um Professor Anton WERNIG berichtete. Als Ersatz für defekte Muskelzellen seien Knochenmarkstammzellen daher nach Meinung der Mediziner ungeeignet. Das Knochenmark produziert ständig Stammzellen, aus denen sich das Blut erneuert, weswegen Wissenschaftler aus den

Knochenmarkszellen auch andere Gewebetypen züchten wollen.

Tagesspiegel Onlineausgabe, 2. August 2005
Proc Natl Acad Sci, 5. August 2005

Stammzellenforschung: Weitere Genehmigung für Projekt in Deutschland

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat die zwölfte Genehmigung nach dem Stammzellgesetz für Forschungsarbeiten mit humanen embryonalen Stammzellen erteilt. Sie ergeht an ein Projekt am Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie der Universität Hamburg-Eppendorf, in dem humane embryonale Stammzellen in Herzzellen und künstlich hergestelltes Herzwertgewebe, so genannte „engineered heart tissues“, umgewandelt werden. Dass embryonale Stammzellen Herzmuskelzellen bilden können, ist seit längerem bekannt. Es soll nun bestimmt werden, in welchem Stadium der Herzzelldifferenzierung sich die aus humanen embryonalen Stammzellen gewonnenen Herzmuskelzellen befinden. Zum beantragten Vorhaben lag eine positive Stellungnahme der Zentralen Ethik-Kommission für

Stammzellenforschung vor.

Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts, 13. September 2005

Stammzellenforschung: Erst- mals Nervenzellen aus embryo- nalen Stammzellen

Von einem schottischen Forscherteam sind erstmals Nervenzellen aus menschlichen embryonalen Stammzellen gezüchtet worden. Durch die Kombination zweier Wachstumsfaktoren scheint es auch möglich, die Entwicklung auf einer Stufe anzuhalten und dann durch eine Art Schalter die Zellen weiter ausreifen zu lassen. In den vergangenen Jahren sei es zwar schon anderen Wissenschaftlern gelungen, sogenannte neuronale Stammzellen zu kreieren, jedoch hätten sich diese Zellen nur innerhalb spezieller Nährstofflösungen vermehrt. Weiters sei es nicht zu einer abschließenden Differenzierung gekommen. Hierin besteht der Fortschritt, der jetzt den Forschern an der Universität von Edinburgh gelungen ist. Sie sehen zurzeit am ehesten einen Einsatz der Erkenntnisse in der Arzneimittelforschung.

Die Welt, 18. August 2005

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch

Anno XX, n. 2 – 2004

Editoriale

Articoli:

Jean-Baptiste EDART: Le Drame de l'humanisme païen. Réflexions sur Rm 1, 18 – 32 et l'homosexualité;

Giovanni SALMERI: Differenza e indifferenza sessuale. Che cosa la filosofia antica può insegnare;

José NORIEGA: Homosexualidad: la ficción de una intimidación;

Mario BINASCO: Omossessualità ed esperienza psicoanalitica: considerazioni attuali;

In rilievo:

Livio MELINA: Des limites pur la liberté? Les conflits de devoir;

Juan LARRÚ: El dinamismo Trinitario de la vida de Cristo, luz de la acción humana. Estudio en los comentarios al Nuevo Testamento de Sto. Tomás de Aquino;

Mary SHIVANANDAN: Mary's Immaculate Conception and Theological Anthropology.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD

Bimestrale Zeitschrift in Deutsch

Band 17, Heft 2, 2005

Editorial:

G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: „Wachkoma“ und Ethik;

Originalarbeiten:

J.-H. HEINRICH: Grundbefähigungsgleichheit im Gesundheitswesen;

D. STRECH: Der Umgang mit Wahrscheinlichkeiten und das Vertrauen in die Medizin. Ethische und wissenschaftstheoretische Aspekte einer Evidence-basierten Medizin am Beispiel der Krebsfrüherkennung;

D. SCHMITZ, U. WIESING: Genetische Analysen an Arbeitnehmern. Brauchen wir eine gesetzliche Regelung?;

J. BARTH, K. KUFNER, J. BENDEL: Ein klares Jein! Einstellungen und Ambivalenzen der deutschen Allgemeinbevölkerung zur Forschung mit extrakorporalen

Embryonen;

Aktuelles:

A. T. MAY: Autonomie am Lebensende – Patientenverfügungen. Bericht der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums der Justiz;

H. KRUG: Tun oder Unterlassen. Medikamentenverordnung im „Off-label use“ innerhalb der Grenzen der Erstattungsfähigkeit am Beispiel des Restless-legs-Syndroms.

Band 17, Heft 3, 2005

Editorial:

G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: Aktuelles zur Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin;

Originalarbeiten:

S. BARTELS, M. PARKER, T. HOPE, S. REITER-THEIL: Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung;

M. SYNOFZIK: Die neuen Möglichkeiten der Neurowissenschaften und ihre ethischen Implikationen. Eine Kriteriologie der Neuroethik;

U. WIESING: Ethische Aspekte einer Begrenzung der ärztlichen Arbeitszeit; Aktuelles:

H. KRESS: Kultivierung von Embryonen und Single-Embryo-Transfer. Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Novellierung des Embryonenschutzgesetzes (28. Juni 2005).

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

12. Jahrgang, Heft 4, 2005

Wolfgang MAZAL: Editorial;

Beiträge:

Andrea HABERL: Belegarzthftung und Fremdverschulden;

Peter STEINER: Dolmetschkosten im Krankenhaus.

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

12. Jahrgang, Heft 3, 2005

Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RASCHAUER: Editorial;

Beiträge:

Nicolas RASCHAUER: Das vereinfachte Betriebsanlagengenehmigungsverfahren (§ 359b GewO) im Gefolge jüngster höchstjuristischer Entscheidungen;

Ferdinand KERSCHNER: Neue Gentechnikhaftung in der Landwirtschaft (§§ 79k-79m GTG).

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE ETHIK

Zeitschrift in Deutsch

51/2, 2005

Abhandlungen:

Dietrich NIETHAMMER: Soll man mit schwerkranken Kindern über den Tod sprechen?;

Claudia WIESEMANN: Ethische Probleme und rechtliche Regelung der Forschung an Kindern und Jugendlichen;

Ute THYEN, Andrea DÖRRIES: Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung;

Monika STUHLINGER: Das Kindeswohl als zentrale ethische Norm in der Pädiatrie;

Berichte:

Konrad BAUMGARTNER: Tote neugeborene Kinder. Ein Plädoyer für eine menschenwürdige Bestattung und einen angemessenen Beistand in der Trauer;

Klaus SCHÄFER: Stillgeborene Kinder. Erfahrungen und Empfehlungen eines Klinikseelsorgers.

51/3, 2005

Abhandlungen:

Georg MARCKMANN: Auf dem Weg zum „gläsernen“ Patienten? Die ärztliche Schweigepflicht in den Zeiten elektronischer Datenverarbeitung;

Franz Joseph ILLHARDT: Schweigepflicht bei sexuell übertragbaren Krankheiten – aus der Sicht des Ethikers;

Stephan SAHM: Imperfekte Autonomie und die Grenzen des Instruments Patientenverfügung;

Dieter WITSCHEN: Die Organspende eines Lebenden als supererogatorische Handlung betrachtet.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

13. Jahrgang Heft 2, 2005
Leitartikel:

Kurt REMELE: „Das Wohl aller und eines jeden“. Gemeinwohl und Individualwohl nach der katholischen Sozialethik;

Larissa KRÄINER: Medien- und Kommunikationsethik;

Tobias TRAPPE: Die Ethik und der Alltag. Bausteine zum Verständnis der Ethik und des Ethikunterrichts mit besonderem Blick auf die Polizei;

Diskussionsforum:

Bruno SCHMID, Wolfgang Erich MÜLLER: Argumentationsmodelle der Ethik; Hanns J. MÜNK: Theologische Sozialethik im Fegefeuer der Spätmoderne.

PERSONA Y BIOÉTICA

Universidad de la Sabana

Trimestrale Zeitschrift in Spanish
Volume 8 No. 22/23, 2004

María Helena RESTREPO R.: Editorial;

Natalia LÓPEZ MORATALLA: Clonación terapéutica;

Gonzalo HERRANZ: La metamorfosis del activismo pro eutanasia;

José Félix PATINO RESTREPO: “En busca del hipócrates moderno”;

Zoilo CUÉLLAR SÁENZ: La transcendencia del acto humano en la medicina como acto humano humanizante;

José Manuel MORENO VILLARES, María José GALIANO SEGOVIA: Consideraciones éticas sobre el papel de la nutrición parenteral domiciliaria;

José PÉREZ ADÁN: Economía y biotecnología;

Nubia POSADA GONZÁLEZ: Algunos comentarios a ética y cultura, de Paul Ricoeur;

Gloria Ma TOMÁS Y GARRIDO: Apuntes cinematográficos con perspectiva bioética.

ANUARIO FILOSOFICO

Halbjährliche Zeitschrift in Spanish
XXXVIII/2, 2005

Estudios:

I. La concepción marcelina de la filosofía

José Luis CANÁS: The Influence of the Early Gabriel Marcel on the Early Jean-Paul Sartre;

André A. DÉVAUX: Gabriel Marcel, or the Convergence of Reason and Love;

Geneviève DUSO-BAUDUIN: The Style of the Metaphysical Diary;

Alfonso LÓPEZ QUINTÁS: Keys to Understanding the Thought of Gabriel Marcel;

Iolanda POMA: Alteration and Oscillation in Gabriel Marcel's Binomial Philosophy;

Xavier TILLIETTE: The Itinerant Philosophy of Gabriel Marcel;

II. Los temas claves de la filosofía de Marcel

Marcel BELAY: The Afterlife in the Plays of Gabriel Marcel;

María Dolores CONESA LAREO: Solutions to the Crisis of the sense of the Human. An Approach to Marcel and Levinas;

Luis Manuel FLORES-GONZÁLEZ: Phenomenological Projections of the Statement “I am my body” in Gabriel Marcel's Philosophy: Toward a Recovering the Incarnated Intersubjectivity;

Simonne PLOURDE: Gabriel Marcel and the Mystery of Suffering;

Jesús RÍOS VICENTE: Spiritualism and Bergsonism in Marcel: Interiorization and Freedom;

Franco RIVA: Ethics as Sociability. Buber, Marcel and Levinas.

HASTINGS CENTER REPORT

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.

Volume 35 No. 2, 2005

From the Editor: On the Other Hand; Another Voice: Tod CHAMBERS: The Art of Bioethics;

In Brief: Bioethics – and Human Rights – at UNESCO;

In Practice: Jon O. NEHER: A Measure of Success;

At Law: Lawrence O. GOSTIN: Fast and Supersized: Is the Answer to Diet by Fiat?;

Politics & Policy: Bette-Jane CRIGGER: The Curious Saga of Congress, the NIH, and Conflict of Interest;

Essays: David N. HOFFMANN: The Medical Malpractice Insurance Crisis. The wrong people are getting most of the money;

Gloria RAMSEY: Nurses, Medical Errors, and the Culture of Blame. The wrong people are getting most of the blame;

Joseph J. FINS: Rethinking Disorders of Consciousness: New Research and Its Implication. Some “vegetative” patients may be minimally conscious;

Articles: Paul LAURITZEN: Stem Cells, Biotechnology, and Human Rights:

Implications for a Posthuman Future; Rebecca KUKLA: Conscientious Autonomy: Displacing Decisions in Health Care;

Reviews: Jacquelyn SLOMKA: Clinical Ethics and the Culture of Conflict.

Volume 35 No. 3, 2005

From the Editor: Liberals and Conservatives;

Another Voice: John H. EVANS: Bioethical Consensus and the Force of Good Ideas;

In Brief: Britain's HFEA Is Caught in the Middle;

In Practice: John LANTOS: Ethics Class;

At Law: Rebecca DRESSER: A New Era in Drug Regulation?;

Policy & Politics: Arthur CAPLAN: “Who Lost China?” A Foreshadowing of Today's Ideological Disputes in Bioethics;

Essays: Jay WOLFSON: Erring on the Side of Theresa Schiavo: Reflections of the Special Guardian ad Litem;

Rebecca DRESSER: Schiavo's Legacy: The Need for an Objective Standard;

Eric J. CASSELL: The Schiavo Case: A Medical Perspective;

Carl E. SCHNEIDER: Hard Cases and the Politics of Righteousness;

Articles: Lawrence DILLER: Fall-out of the Pharma Scandals: The Loss of Doctor's Credibility?;

Julia C. SPRING: Singleton's Story: Choosing between Psychosis and Execution;

Authenticity and Ambivalence: Erik PARENS: Toward Understanding the Enhancement Debate;

Not Just for Experts: Kathrin BRAUN: The Debate about Reprogenetics in Germany;

Reviews: Robert BAKER: Getting Agreement: How Bioethics Got Started;

Perspective: Stephen DRAKE: Euthanasia Is Out of Control in the Netherlands.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2005/2

Editoriale: Inganni staminali, aspettando godot;

Atti del 2° congresso della FIBIP (Roma 21-22 giugno 2004)

E. SGRECCIA: L'eredità di Giovanni Paolo II;

S. ZAMAGNI: Equità, ragionamento,

- diritto alle cure sanitarie;
P. CATTORINI: Etica e gestione del rischio clinico;
A. CONTI, P. DELBON: La sperimentazione in soggetti in coma: problematiche etiche e giuridiche;
M. OPPES: Quale futuro per la deontologia medica?;
C. CASINI: Il dibattito in bioetica: le ragioni del non voto;
G. L. GIGLI: Da Atene a Sparta: siamo tutti in viaggio con Terri Schiavo. 2005/3
Editoriale: Un tarlo ai lincei;
A. RODRIGUEZ LUNO: Riflessioni etiche sui vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani abortiti;
W. E. MAY: Caring for persons in the persistent vegetative state and pope John Pauls II's March 20 2004 address on life-sustaining treatments and the vegetative state;
I. CARRASCO DE PAULA, N. COMORETTO: Per una medicina centrata sul paziente: riflessioni sulla fondazione etica del rapporto medico-paziente;
E. SPAZIANTE: Birth rate, infant mortality, abortion in recent years in various nations;
W. J. EIJK: Nata come conseguenza di un errore professionale.

PERSONEN

Thomas GIL

Pererga Verlag, Berlin 2004

97 Seiten

ISBN 3-937262-11-3

Nicht zuletzt die Praxis der sogenannten verbrauchenden Embryonenforschung hat in jüngerer Zeit zu einer Diskussion um Lebensanfang und –ende des Menschen erneut Anlass gegeben.

Vor diesem Hintergrund hat sich Thomas GIL, seit 1998 Professor für Philosophie an der TU Berlin, in seinem im Juli 2004 erschienenen Buch „Personen“ vorgenommen, „den Personenbegriff systematisch zu klären“ (S. 8).

Diesem Anspruch gerecht zu werden holt GIL zunächst weit aus. Nach einem ersten Kapitel, das der Frage nachgeht, „woraus die Welt besteht“ (S. 8), befasst er sich mit „Auffassungen des Personseins“ in der Antike, um sich sodann menschlicher Lebenswelt als „Handlungssubjekte[n] und Systeme[n]“ zuzuwenden. Über die folgenden zwei Kapitel, in denen er der Fragilität menschlicher Lebewesen einerseits und der Autonomie von Personen andererseits nachsinnt, stößt er zuletzt zur „Dialektik personalen Lebens“ vor.

Zu Beginn nimmt GIL eine erste Abgrenzung von Personen gegenüber anderen Entitäten, den „Einzeldingen“ (S. 12), vor: für Personen sei das Haben des Körpers deren Konstituiert-Sein durch diesen Körper. (S. 16) Menschen als Personen zeichneten sich weiters, auf der Basis einer prädikativen Sprache, insbesondere durch Rationalität und Freiheit aus. (S. 20)

Im zweiten Kapitel seiner Untersuchung befasst sich der Autor mit den „Auffassungen des Personseins“ bei HOMER und PLATON.

Dies muss insofern verwundern, als sich das der heutigen Debatte zugrundeliegende Verständnis des Begriffes „Person“ auf einer Konzeption der Neuzeit fundiert und sich in

seiner begrifflichen Grundlage der scholastischen Christologie und Trinitätstheologie des Mittelalters verdankt. Eine annähernd der heutigen vergleichbare Verwendung von „Person“ im Sinne einer „dynamische[n] substantielle[n] Einheit“ (HONNEFELDER) gar ist frühestens mit Boethius' Definition als einer *naturae rationalis individua substantia* und damit etwa 900 Jahre nach PLATON zu verorten.

All dies findet sich bei GIL nicht; somit holt auch seine wiederholte Feststellung, dass HOMER eine „Persönlichkeit“ als „integriertes Handlungszentrum“ (S. 26) noch nicht kennt, mangels begrifflicher Klarheit den erklärten systematischen Anspruch hier nicht ein.

In den folgenden Kapiteln wird nun v. a. der philosophische Hintergrund des Autors, insbesondere der der Handlungs- und Rationalitätstheorie spürbar.

Wenn GIL sich mit Personen im Sinne von Handlungssubjekten befasst, so lässt er vornehmlich Theorien cartesianischer Provenienz zu Wort kommen, spricht die von ihm vorgestellten Positionen kreisen fast ausschließlich um das Zentrum der Problematik, die einer gedachten Trennung von Körper und Geist inhärent ist. Diese Dialektik rückt nur dort in den Hintergrund, wo GIL sich mit Sozialtheorien wie der vom „homo oeconomicus“ respektive dem Modell des „rational choice“ befasst.

Insgesamt lässt sich aus GILS Darstellung eine Präferenz des Autors für ein Verständnis der Wirklichkeit als hochkomplexem System untereinander interdependenter sozialer Subsysteme ablesen.

Die Zerbrechlichkeit, die GIL im weiteren dem menschlichen Lebewesen als Individuum attestiert, lässt ihn ein – im Fortlauf des Gesamttextes an dieser Stelle durchaus überraschendes – normatives Postulat formulieren: „[S]elbst wenn wir nicht immer präzise [...] sagen können, was Personen sind, [...] ist es

praktisch äußerst wichtig, dass wir bestimmte Lebewesen als Personen behandeln und diesen Lebewesen den Status von Personen zuschreiben.“ (S. 58)

GIL fordert also einen „askriptiven“ (ebd.) sprich zuschreibenden Personbegriff; den argumentativ fundierten Nachweis dafür, dass ein solcher Begriff „praktisch enorm wichtig“ ist und „viel Sinn [macht]“ (ebd.), bleibt der Autor dabei ebenso schuldig wie er es versäumt, auf den augenfälligen Unterschied zwischen den Möglichkeiten einer bloßen Zuschreibung des Personstatus versus dessen Anerkennung als etwas dem Menschen als solchem bereits gegebenen hinzuweisen.

Tatsächlich hätte ja eine bloße Zuschreibung des Personstatus nicht zuletzt im Hinblick auf daraus ableitbare Rechte weitreichende Konsequenzen. Auch besteht über die Adressaten einer solchen Zuschreibung keinesfalls ein Konsens.

Folgerichtig kann GIL dann auch zu dem Ergebnis kommen, dass wir durch „diese askriptive Begriffspolitik [...] den Personbegriff so ausdehnen [können], dass er auf Schimpansen, Orang Utans und Gorillas angewandt wird.“ (S. 59)

Die Überlegungen, die GIL im weiteren noch zur Autonomie von Personen, der ihnen auferlegten Dialektik von Bestimmtheit und Bestimmenkönnen und zur Reflexivität menschlichen Wollens anstellt, indem er unter anderen den Ansätzen Jean-Paul SARTRES und Harry FRANKFURTS folgt, tragen zur Klärung dieser grundsätzlichen Fragen wenig bei.

Offenbar fasst GIL menschliches Leben intuitiv als personales Leben auf; wenigstens erfährt der Begriff „Person“ im Hinblick darauf, was er im Unterschied zum Begriff „Mensch“ (bzw. „Menschenaffe“) meinen könnte, insgesamt keine nähere Differenzierung. Ob der zahllosen Referenzen auf verschiedenste philosophische Entwürfe zur Anthropologie fühlt sich der Leser bei der Lektüre von GILS Buch mitunter in die „wohltuende Anarchie des philosophischen Seminars, in der nur

das Argument zählt“ versetzt, von der Robert SPAEMANN einmal im Zusammenhang mit der Diskussion um die Embryonenforschung gesprochen hat (ZEIT, 4/2001).

Allein, da das Argument in der Gesamtschau dieser Entwürfe wenig zählt, vermag dieser teils durchaus unterhaltsame Ausflug ins rein akademisch Spekulative einen Erkenntniszuwachs nicht zu leisten.

A. BERNHARDT

LANGZEITBEHANDLUNG WACHKOMA. EINE HERAUSFORDERUNG FÜR BETREUENDE UND ANGEHÖRIGE

Anita STEINBACH, Johann DONIS
Springer Verlag, Wien 2004
141 Seiten
ISBN 3-211-21189-6

Wer je mit Patienten im Wachkoma konfrontiert worden ist, hat auch erfahren, welche immense Anforderungen rund um das Krankenlager an PflegerInnen, ÄrztInnen, Angehörige, ja das gesellschaftliche Umfeld aller dieser gestellt werden. Die hier gewählte Reihenfolge in der Aufzählung der involvierten Personengruppen kommt nicht von ungefähr, wenngleich die Ärzte besonders am Beginn gefordert sind, wenn es (noch) um die Definition, Differenzierung und Prognose des Zustandes geht. Dann aber übernimmt ein hochspezialisiertes Pflegepersonal die Patienten – und damit auch alle und alles, was an diesen „hängt“ (im vielfältigen Sinn des Wortes).

Das vorgelegte Büchlein – das sei hier gleich vorweggenommen – ist ein Glücksfall an Sachkundigkeit, klugem Aufbau, übersichtlicher Gliederung und ansprechender Diktion. Es atmet die tägliche Erfahrung einer hochkompetenten Diplompflegerin (Anita STEINBACH) und des Abteilungschefs (Primarius Johann DONIS) von der Apalliker Care Unit an der Neurologischen Abteilung des Geriatriezentrums am Wienerwald (Wien).

Die historischen Hintergründe des apallischen Syndroms werden ebenso kurz und verständlich dargelegt wie die heute gültige Differenzierung nach der Genese: traumatisch oder anoxisch/non-traumatisch, die davon abhängige Prognose wie auch die prinzipiell mögliche, wenn auch langwierige und nur in kleinen Schritten erfolgende Besserung, deren Objektivierung anzustreben, nicht immer aber möglich sei.

Wenn dieses erste Viertel des Büchleins schon viel zu bieten hat – besonders für fortbildungsbeflissene Leute aus dem medizinischen und pflegerischen Dienst –, so tritt ab nun die Rolle der Angehörigen ins Zentrum des Interesses. Dies geschieht wieder in einer nüchternunaufdringlichen Weise, die dennoch von aller Empathie getragen erscheint und hochkomplexen Faktoren und ihren Zusammenhängen gerecht wird. Selten findet man „praktische“ Psychologie in einem so heiklen Bereich so umfassend und einprägsam dargestellt.

Die zweite Hälfte des Buches enthält eine Darlegung der Strukturen und Konzepte,

welchen die therapeutischen und vor allem pflegerischen Maßnahmen folgen. Hier dürfte sich auch manch erfahrenen Klinikern und berufserfahrenen Pflegern interessantes Neuland erschließen!

Im umfangreichen Anhang wird schließlich das Handwerkszeug für die praktische Umsetzung in der täglichen Arbeit, für die Unterweisung (Pflegeaus- und Fortbildung) und Qualitätskontrolle geliefert – wahrlich ein hochrühmliches Unterfangen, das dem durchgehenden Prinzip der Schrift entspringt: Arbeit mit den Patienten (und nicht nur für sie), Arbeit mit dem Team (und nicht für es), Arbeit mit den Angehörigen (und nicht für sie).

Bestens zu empfehlen für allgemein-medizinische und pflegerische Fortbildung, aber auch (wie von den Autoren sehr beabsichtigt) für Angehörige zur gehobenen Information und Bildung von Brücken, wenn die Kommunikation zwischen ihnen und den Betreuern gefährdet ist.

F. KUMMER

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. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
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 Dateiformats zu verwenden.

Tabellen und Abbildungen sind an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität und mit klar

lesbarer Schrift (2 mm 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 Autorenname 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 Endseitenzahl 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. Verlagsort(e)
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: RHONHEIMER M., Die Perspektive der Moral, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 78-79

HINWEISE

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts. ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) Transplantationschirurgie. ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) Sexualität und Verantwortung. ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen Staat“. ISBN: 3-85297-002-4

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin,

Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen,

Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich,

Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik,

Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

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

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen,

Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

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

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 12 • Heft 4/2005

Schwerpunkt Lebensstil und Psychiatrie

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL.....	169
AUS AKTUELLEM ANLASS	
M. SPATZENEGGER	
„Apotheker im Gewissenskonflikt. Auseinandersetzungen um die ‚Pille danach‘ in den USA“	172
E. H. PRAT	
„Pharmaindustrie: Bitte keine Ratschläge zum Sexualverhalten!“	177
IMABE-INSTITUT	
„Stellungnahme zum Entwurf der Gesetzesnovelle des Gentechnikgesetzes“	179
SCHWERPUNKT: Ethik in der Reproduktionsmedizin	
N. AUNER, K. RADNER	
„Risiko der späteren Schwangerschaft“	181
T. PISKERNIGG	
„Ist die Fristenlösung unantastbar? Die Neuregelung der Strafbarkeit der Abtreibung durch das Strafgesetzbuch (StGB) 1974 und ihre Einordnung in das österreichische Recht“	195
G. WERNER-FELMAYER	
„Menschliche Eizellen – Lebensspender, Hoffnungsträger und Handelsware“	207
FREIES THEMA	
H. KOPETZ	
„Biopatentierung zwischen rechtlicher Regelung und ethischer Herausforderung“	217
KOMMENTAR	
W. WALDSTEIN	
„Zum Ergebnis des Prüfungsverfahrens der Volkswirtschaft betreffend einen Lehrausgang einer vierten Hauptschulklasse in eine Abtreibungsklinik“	225
DISKUSSIONSBEITRAG	
A. LANFRANCHI	
„The Breast Physiology and the Epidemiology of the Abortion Breast Cancer Link“	228
NACHRICHTEN	237
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	240
BUCHBESPRECHUNGEN	243