



Inhalt AMCH 2/2014

Editorial	1
Bischof Vitus Huonder: „Gender“ – Die tiefe Unwahrheit einer Theorie	2
Rudolf Ehmann: Zur Kontroverse um Wirkungsmechanismen von Postkoitalpillen	7
Helmut Renner: Innere Heilung; Vergebung - von der Ablehnung zur Annahme	41
Josef Bättig: Gedanken zur Freiheit	63
Josef Bättig: Selbsttötung um dem Leiden zu entgehen?	69
Letzte Seite	71

Editorial

Die Gender-Ideologie beherrscht in zunehmendem Masse den Zeitgeist. Christliche Kirchen und Gemeinschaften wehren sich seit langem unterschiedlich engagiert gegen den Genderismus. Verlautbarungen seitens der katholischen Kirche weisen klar auf die Unvereinbarkeit der Gender-Ideologie mit der Schöpfungsordnung und der Menschenwürde hin. Bischof Dr. Vitus Huonder hat zum Tag der Menschenrechte vom 10. Dezember 2013 klar auf diese Unvereinbarkeit hingewiesen. Sein Hirtenwort bildet den ersten Beitrag in diesem Heft. Wir danken ihm für sein Einverständnis für den Abdruck. Ungefähr zur gleichen Zeit haben sich auch die Bischofskonferenzen der Slowakei, Polens, Portugals und Norditaliens klar gegen diese Ideologie ausgesprochen. Der heilige Johannes Paul II. hat mit der „Theologie des Leibes“ ein eindeutiges Zeichen für die Schöpfungsordnung und die Menschenwürde gesetzt. Zur Vertiefung der ganzen Problematik rund um den Genderismus eignet sich das Buch „Die globale sexuelle Revolution – Zerstörung der Freiheit im Namen der Freiheit“ von Gabriele Kuby www.fe-medien.de ISBN 978-3-86357-032-3.

Unser gynäkologischer Konsiliarius, Dr. med. Rudolf Ehmann, befasst sich in seinem Beitrag ausführlich mit den Wirkungsmechanismen von Postkoitalpillen. Er weist nach, dass neben der Ovulationshemmung bzw. –verschiebung die nidationshemmende (bzw. frühabtreibende) Wirkung der „Pille danach“ nicht nur zu vermuten ist, sondern je nach Zeitpunkt der Pilleneinnahme innerhalb des Zyklus tatsächlich eintritt. Damit wird klar, dass neben der Ovulationshemmung auch die Nidationshemmung eine Hauptwirkung bzw. *die* Hauptwirkung ist und nicht etwa bloss eine nicht beabsichtigte Nebenwirkung. Ich verweise dabei auf ein wichtiges moraltheologisch relevantes Argument von Weihbischof Andreas Laun, auf das Rudolf Ehmann in seiner Arbeit eingeht.

„Tenerezza“ ist eines der Lieblingsworte des Heiligen Vaters, Papst Franziskus. Es ist genau diese Zärtlichkeit, die den folgenden Vortrag von Prof. Dr. med. Helmut Renner beseelt, den er anlässlich unserer Jahrestagung am 15. März 2014 in Uznach gehalten hat: „Vergebung – von der Ablehnung zur Annahme“. Aus seinen Schlussgedanken: „Es ist Jesus Christus, der uns in seiner Liebe führt: den Weg aus der Ablehnung in die Annahme. Jesus Christus ist der Arzt.“

Die beiden folgenden Beiträge stammen von Dr. med. Josef Bättig. Unter dem Titel „Gedanken zur Freiheit“ geht der Autor auf die verschiedenen Auffassungen von Freiheit bei Luther und Erasmus ein. Dabei zitiert er auch einen sehr wichtigen Kommentar des damaligen Theologieprofessors Josef Ratzinger innerhalb der Konstitution „Gaudium et Spes“ des 2. Vatikanischen Konzils. In seinem Beitrag „Selbsttötung um dem Leiden zu entgehen?“ relativiert Bättig den angeblichen Selbsttötungswunsch und weist dabei folgendes Ergebnis auf: „Jedes Leiden ist mit dem Geschenk des Lebens zu einer umfassenden Wirklichkeit zu verarbeiten und in unser Dasein zu integrieren. Den Tod herbeizuführen um dem ‚naturegegebenen‘ Leid zu entgehen ist gegen die uns vorgegebene Grunddimension unseres Daseins.“

Schliesslich, wie immer, die „Letzte Seite“ mit wichtigen Terminen.

Mit guten Wünschen

Rahel Gürber, Präsidentin

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident

Wort des Churer Bischofs Vitus Huonder,

„Gender – Die tiefe Unwahrheit einer Theorie“ (Wort zum Tag der Menschenrechte am 10. Dezember 2013)

Brüder und Schwestern im Herrn,

in meinem letztjährigen Wort zum Tag der Menschenrechte habe ich daran erinnert, dass die Menschenrechte ihren Grund in der Menschenwürde haben. Diese wiederum hängt mit der Schöpfungsordnung zusammen und ist gottgegeben. In diesem Jahr möchte ich diese Überlegungen konkretisieren und mich zur Ideologie des Genderismus, kurz Gender, äussern. Ich tue dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich immer wieder Gläubige in dieser Sache an mich wenden. Sie sind beunruhigt durch die staatliche Vereinnahmung ihrer Kinder zugunsten des Genderismus und durch die politische Infragestellung von Ehe und Familie.

Was bedeutet der Begriff Gender?

Der Begriff Gender leitet sich vom lateinischen Wort Genus ab, ein Begriff, der vor allem für das grammatische Geschlecht verwendet wird. Während der Begriff der Sexualität das biologische, von der Natur gegebene Geschlecht meint, soll der Begriff Gender das sogenannte soziale Geschlecht bezeichnen.

Dieses sei vom biologischen Geschlecht unabhängig und bedeute, dass jeder Mensch sein Geschlecht und seine sexuelle Orientierung frei wählen könne, ob er Mann oder Frau sein wolle, ob er hetero-, homo-, bi- oder transsexuell leben wolle. Was ist das Ziel der Ideologie des Genderismus? Das Ziel des Genderismus ist, dass jede "sexuelle Identität" als gleichwertig akzeptiert wird. In diesem Sinn geschieht die konkrete gesellschaftliche Durchsetzung dieser Ideologie unter anderem durch das vermeintliche Recht gleichgeschlechtlicher Paare, zu heiraten und Kinder zu adoptieren, oder durch die (Homo-)Sexualisierung der Kinder in Kindergarten und Schule.

Wie ist der Genderismus zu beurteilen?

Vordergründig geht es im Genderismus um die Gleichstellung der Geschlechter auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Die Unterdrückung der Frau zum Beispiel, wie sie in manchen Gesellschaften und Kulturen noch immer vorherrscht, wird zu Recht beklagt. Sie entspricht nicht der Ebenbürtigkeit von Mann und Frau, die in der Schöpfungsordnung grundgelegt ist und in der Heilsordnung entfaltet wird. Insofern hat der Genderismus etwas Bestechendes an sich. Tatsächlich handelt es sich bei dieser Ideologie aber um einen Angriff auf Ehe und Familie als die tragenden Strukturen unserer Gesellschaft. Ungerechtigkeit im Verhältnis der Geschlechter kann durch die Leugnung der Geschlechterpolarität nicht behoben werden. Deshalb lehnt die Kirche die Ideologie des Genderismus ab. Dazu die folgenden Punkte:

Der Genderismus leugnet die Schöpfungsordnung

Die Erschaffung des Menschen als Mann und Frau ist eine Vorgabe des Schöpfers. Darüber kann und darf der Mensch nicht verfügen. Der Schöpfungsbericht sagt, dass Gott den Menschen in seiner Bipolarität erschaffen hat: "Als Mann und Frau schuf er sie" (Gen 1,27). Er schließt mit der Feststellung, dass alles, das ganze Schöpfungswerk, sehr gut war, somit auch die Erschaffung des Menschen als Mann und Frau (Vgl. Gen 1,31).

Der Genderismus leugnet die Vorgabe der Natur

Der Mensch existiert, so die Schöpfungsordnung, als Mann oder Frau. Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse sagen uns: Jede seiner Körperzellen ist entweder männlich oder weiblich. Dies ist eine klare Vorgabe seiner Existenz. Die unterschiedliche kulturelle Prägung als Mann oder Frau hebt diese Polarität nicht auf.

Der Genderismus ist wissenschaftlich unhaltbar

Obwohl sich der Genderismus wissenschaftlich gibt, halten seine Grundlagen der Wissenschaft nicht stand. Viele ausgewiesene Forscher widersprechen den Ergebnissen der "Gender- Studies". Dass es psychische und physische Störungen der Geschlechtsidentität gibt, hebt die grundsätzliche Verschiedenheit von Mann und Frau nicht auf.

Der Genderismus zerstört Ehe und Familie

Darauf wurde bereits hingewiesen. Die Ehe beruht auf der gegenseitigen Ergänzung von Mann und Frau. Ehe und Familie sind die Grundeinheit der Gesellschaft (vgl. die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948). Sie sind die Bedingung für den Erhalt der Gesellschaft und ihre kulturelle Entfaltung.

Sie setzen die verbindliche und dauerhafte Einheit von Mann und Frau voraus. Der Genderismus betrachtet jede sexuelle Praxis (lesbisch, schwul, bisexuell, transsexuell) als gleichwertig mit der Heterosexualität. Alle Lebensformen sollen zur "Ehe" und damit zu künstlichen Reproduktionsmethoden und zur Kinderadoption berechtigen. Dem Menschen wird auf diese Weise die moralische Orientierung für den rechten Gebrauch seiner Freiheit genommen, der ihn zur Elternschaft befähigt, zur Aufgabe einer Mutter oder eines Vaters.

Der Genderismus schadet der Frau

Wie bereits angedeutet, kann die Geringschätzung der Frau nicht durch das Verwischen der natürlichen Unterschiede zwischen Mann und Frau überwunden werden, auch nicht durch ein Streben der Frau nach Gleichheit mit dem Mann. Die Frau muss besonders auch in ihrer lebenserhaltenden Aufgabe der Mutterschaft von der Gesellschaft geachtet werden. Ihre Leistung darf nicht nur an ihrem beruflichen Einsatz gemessen werden. Sie muss vielmehr für ihr Muttersein anerkannt werden,

zum Beispiel im Steuer- und Rentenrecht.

Der Genderismus schadet dem Mann

Im Machtkampf gegen den Mann stigmatisiert der feministische Genderismus den Mann als "Täter" und verklärt die Frau als "Opfer". Dieser klischeehafte Dualismus entspricht nicht der Realität und beschädigt die Identität des Mannes sowie dessen Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Der Genderismus schadet dem Kind

Das Kind muss sich in der stabilen Ehe seiner (biologischen) Eltern entfalten können. Die Zerstörung von Ehe und Familie durch den Genderismus führt bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger zu psychischen Störungen. Man schafft staatliche Ersatzstrukturen, die Kindern und Jugendlichen aber niemals die gleiche Liebe und Geborgenheit geben können, wie dies in der Familie der Fall ist. Die Auslieferung von Kindern an gleichgeschlechtliche Paare beraubt sie der Grundlage einer gesunden psychischen Entwicklung. Eine unmoralische sexuelle Aufklärung zerstört in den Heranwachsenden jedes Feingefühl.

Der Genderismus nimmt totalitäre Züge an

Mit großer Sorge sieht die Kirche, dass in öffentlichen Diskussionen und in den Medien mehr und mehr nur noch die Argumente des Genderismus toleriert werden. Wer anders denkt, wird gesellschaftlich ausgegrenzt und muss mit juristischen Sanktionen rechnen. Auf diese Weise werden die Grundrechte des Menschen bezüglich Religion und freier Meinungsäußerung zunehmend beschnitten.

Der Genderismus verdunkelt den göttlichen Sinn der Liebe zwischen Mann und Frau. Das Verhältnis Gottes zum Menschen, von Jesus Christus zur Kirche, wird in der Heiligen Schrift in der Sprache der ehelichen Liebe beschrieben. Gott liebt sein Volk wie der Bräutigam seine Braut. Jesus Christus ist seiner Braut, der Kirche, in treuer Liebe hingegeben bis zum Tod am Kreuz. Die Braut erwartet voll Sehnsucht ihren Bräutigam. In der lebendigen Beziehung zu Christus und der Kirche können die Rivalität, die Feindschaft und die Gewalt, welche die Beziehung von Mann und Frau belasten und entstellen, überwunden werden. Diese Sicht des Glaubens wird durch den Genderismus verdunkelt.

Die Quintessenz

Papst Benedikt XVI. sagte in seiner Ansprache vor dem Kardinalskollegium und der Kurie am 21. Dezember 2012 zum Genderismus: "Die tiefe Unwahrheit dieser Theorie und der in ihr liegenden anthropologischen Revolution ist offenkundig ... Wo die Freiheit des Machens zur Freiheit des Sich-selbst-Machens wird, wird notwendigerweise der Schöpfer selbst gezeugnet und damit am Ende auch der Mensch als göttliche Schöpfung, als Ebenbild Gottes im Eigentlichen seines Seins entwürdigt. Im Kampf um die Familie geht es um den Menschen selbst. Und es wird sichtbar, dass

dort, wo Gott gelehnt wird, auch die Würde des Menschen sich auflöst. Wer Gott verteidigt, verteidigt den Menschen."

Ich ermutige alle Gläubigen, ihre gesellschaftlichen und politischen Rechte und Pflichten wahrzunehmen, damit die in der Schöpfungs- und Erlösungsordnung grundlegende Würde des Menschen auch in der rechtlichen Ordnung unseres Gemeinwesens weiterhin und umfassend zum Ausdruck kommt.

Für jeden diesbezüglichen Einsatz danke ich herzlich. Ich empfehle alle und alles der Mater divinae gratiae, der Mutter der göttlichen Gnade, und erteile allen meinen bischöflichen Segen

+ Vitus, Bischof von Chur





Zur
Kontroverse
um
Wirkungsmechanismen
von
Postkoitalpillen

Rudolf Ehmann

Abstract/Zusammenfassung

Aufgrund der Abweisung einer vergewaltigten Frau durch zwei katholische Krankenhäuser in Köln im Dezember 2012 kam es zu einer Auseinandersetzung bezüglich der Abgabe der ‚Pille danach‘ (PD). Dies führte schliesslich zur Freigabe der PD im Fall einer Vergewaltigung durch Kardinal Meisner, nachdem dieser durch gewisse Fachverbände von Frauenärzten dahingehend beraten wurde, es gebe eine PD, die ausschliesslich ovulationshemmend sei. Dabei ging es vor allem um die seit 2009 im Handel befindliche PD ellaOne[®], die Ulipristalacetat (UPA) als Wirkstoff enthält und die die bisherige LNG-haltige PD ablösen soll.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Recherchen ergaben zweifelsfrei, dass UPA neben der Ovulationshemmung auch eine nidationshemmende Wirkung hat. Als selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator (SPRM) setzt er die Progesteronwirkung im inneren Genitale der Frau ausser Kraft, was insbesondere die Tubenfunktion und das Endometrium in einer Weise verändert, dass eine Nidation des Embryos nicht erfolgen kann. Nebst den Literaturbeweisen stiessen wir auf widersprüchliche Aussagen der Protagonisten für eine reine Ovulationshemmung durch UPA, die ihrerseits selbst die Nidationshemmung bestätigen. Ferner bestehen eindeutige Äusserungen der ellaOne[®] vertreibenden Firmen Watson- und HRA-Pharma zur nidationshemmenden Wirkung von UPA.

Die Frage nach einem Zeitfenster, in dem UPA verabreicht werden könnte, ohne das Risiko der Nidationshemmung, muss gemäss dem Institut für Natürliche Empfängnisregelung (INER) abschlägig beantwortet werden, da ein solches zwar rein theoretisch besteht, in Wirklichkeit aber nicht praktikabel ist, da laut NER-Kriterien die nidationshemmende Wirkung nie völlig ausgeschlossen werden kann.

1. Ursache der Freigabe der ›Pille danach‹ (PD) im Falle einer Vergewaltigung

1.1. Anlass zur Freigabe der ›Pille danach‹

Eine vergewaltigte Frau wurde im Dezember 2012 von zwei katholischen Kliniken in Köln zur Spurensicherung abgewiesen. Sie soll die ›Pille danach‹ von der zuweisenden Ärztin bereits erhalten haben.

Die Abweisung wurde mit der ablehnenden Haltung der katholischen Kirche gegenüber der ›Pille danach‹ in Verbindung gebracht. Wie zu erfahren war, hatten die beiden Kliniken keine Befugnis zur Spurensicherung; nur fünf öffentliche Kliniken in Köln seien dazu berechtigt. Dies sei der eigentliche Grund für die Abweisung der Frau gewesen.

Was führte zur ›Freigabe‹ der ›Pille danach‹?

In der Folge war ein enormer Druck von Politik und Medien auf Kardinal Meisner ausgeübt worden: u.a. Drohung seitens der Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen wegen der Zulassung katholischer Spitäler. Seitens der Medien wurde die katholische Kirche als rückständig hingestellt, u.a. auch hinsichtlich wissenschaftlicher Standards.

1.2. Beratung von Kardinal Meisner

Bundesverband der Frauenärzte (BVF) / Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF): Die ›Pille danach‹ sei ein Verhütungs- und kein Abtreibungsmittel, sie wirke also ausschliesslich *ovulationshemmend und nicht nidationshemmend*, unter Berufung auf eine Studie von *Kristina Gemzell et al.*, seit vier Jahren Präsidentin der FIAPAC (Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception), Internationale Vereinigung von Fachkräften zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption.

1.3. Botschaft von Kardinal Meisner vom 31. Januar 2013:

»Wenn nach einer Vergewaltigung ein Präparat, dessen Wirkprinzip die Verhinderung einer Zeugung ist, mit der Absicht eingesetzt wird, die Befruchtung zu verhindern, dann ist dies aus meiner Sicht vertretbar. Wenn ein Präparat, dessen Wirkprinzip die Nidationshemmung ist, mit der Absicht eingesetzt wird, die Einnistung der bereits befruchteten Eizelle zu verhindern, ist das nach wie vor nicht vertretbar, weil damit der befruchteten Eizelle, der der Schutz der Menschenwürde zukommt, die Lebensgrundlage aktiv entzogen wird.«¹

Erläuterung der Pressestelle des Erzbistums Köln:

»Die Erklärung des Erzbischofs von Köln berücksichtigt neuere Erkenntnisse bezüglich der so genannten ›Pille danach‹. Sie betrifft nicht die nach katholischer Auffassung nach wie vor abzulehnende Abtreibungspille Mifepriston (RU 486, ›Mifegyne‹).

Bisher wurde oft davon ausgegangen, dass die nidationshemmende Wirkung das zentrale Wirkprinzip der Präparate sei, die als ›Pille danach‹ bezeichnet werden. ... Das ist offenbar nicht mehr Stand der Wissenschaft. Die Kirche muss aber in ihren Einschätzungen die wissenschaftlichen Erkenntnisse immer berücksichtigen.«²

¹ www.domradio.de/themen/ethik-und-moral/2013-01-31/kardinal-meisner-erlaubt-form-der-pille-danach.

² EBD.

2. Daten zur »Pille danach« im Überblick

2.1. Derzeit verfügbare Präparate und Wirkstoffe

Präparat	Wirkstoff und Dosis je Tablette
Unofem	LNG (1500 µg)
Duofem	LNG (2 × 750 µg)
Vikela	LNG (1500 µg)
PiDaNa	LNG (1500 µg)
NorLevo	LNG (1500 µg)
Levogynon	LNG (750 µg)
Postinor	LNG (1500 µg)
Tetragynon (mittlerweile nicht mehr vertrieben)	LNG + EE2 ³
ellaOne	UPA (30 mg = 3000 µg)
Mifegyne	Mifepriston (200 mg) a) CH u. D nur zur Abtreibung b) Russland und China auch als Postkoitalpille

- 1) Die Postkoitalpille, mittlerweile meist auch im medizinischen Bereich als »Pille danach« bezeichnet, ist ein Präparat, welches im Unterschied zu den hormonalen Kontrazeptiva *nicht regelmässig, sondern nur bei Bedarf eingenommen* wird.
- 2) In ethischer Hinsicht geht es um diese eine fast alles entscheidende Kernfrage: **Hat die »Pille danach« nur eine lebensverhindernde Wirkung oder auch eine lebensvernichtende Wirkung?** Diesbezüglich ist ganz generell festzuhalten: Unabhängig von einer ethischen Bewertung jener Massnahmen, welche eine Ovulation unterdrücken bzw. verhindern, sind alle diese Massnahmen dem Bereich der Kategorie *Lebensverhinderung*, dem Blockieren des Entstehens eines neuen Menschen, zuzuordnen. Fundamental anders sind jene Massnahmen zu sehen, welche bereits entstandenes Leben direkt oder indirekt angreifen.

Summarisch wäre im Vorfeld festzuhalten: **Ovulationshemmung** allein hat tatsächlich nie etwas mit Lebensvernichtung zu tun. Vielmehr kann diesbezüglich ganz klar und eindeutig festgehalten werden: **Ovulationshemmung ist ausnahmslos dem Bereich der Lebensverhinderung zuzuordnen.**

Genau entgegengesetzt verhält es sich bei der sog. »**Nidationshemmung**«. Hier handelt es sich um einen **indirekten Angriff auf entstandenes Leben**, indem dieses zwar nicht direkt vernichtet wird, ihm aber die nötigen Voraussetzungen zu seinem Weiterleben entzogen werden, so dass es in der Folge zu seinem Absterben kommt. Der Tod von Embryonen in den ersten Tagen der Frühschwangerschaft geschieht in aller Regel, ohne dass die Mutter dies überhaupt bemerkt.

Für eine grundsätzliche ethische Bewertung ist es jedoch völlig unerheblich, ob ein künstlich herbeigeführter Tod auch bemerkt wird oder nicht. Ebenso unerheblich ist es, wie stark in einzelnen Bevölkerungsteilen eine Sensibilisierung und ein Problembewusstsein für diese Form der Lebensvernichtung vorhanden ist oder nicht.

³ Ethinylestradiol, das am häufigsten in Ovulationshemmern verwendete synthetische Östrogen

Die Studie von Kristina Gemzell et al. bezieht sich vor allem auf die ovulationshemmende Wirkungsweise von ellaOne® (UPA) und PiDaNa®, Vikela® bzw. Norlevo® (LNG).⁴ Die nidationshemmende Wirkung kommt jedoch darin zu kurz; wesentliche diesbezügliche Arbeiten werden nicht erwähnt bzw. ausgeblendet.

2.2. Anwendungshäufigkeit

Bezüglich der Anwendungshäufigkeit von Postkoitalpillen seien folgende Zahlen beispielhaft genannt:

Bereich	Häufigkeit jährlich	Jahr/Tendenz	Rezeptpflicht
Schweiz	107.000	2012 ⁵	Nein
Deutschland	400.000	steigend ⁶	Ja
weltweit	12.000.000	2012/steigend ⁷	fast überall Nein

Die seit ca. 2000 (Frankreich 1999) sich auf dem Markt befindliche ›Pille danach‹ Norlevo (CH), Vikela® (A), Postinor® (A) bzw. PiDaNa®, Unofem®, Levogynon® (D) enthält das Gestagen Levonorgestrel (LNG), von dem ebenfalls bekannt ist, dass es die Ovulation hemmt. Gleichzeitig hat es aber auch eine in der Literatur vielfach bestätigte nidationshemmende Wirkung⁸, obgleich neuerdings behauptet wird, es sei doch nicht nidationshemmend.⁹ Da die dazu angeführte Literatur entweder zu wenige Fallzahlen oder aber Designmängel aufweist, sei an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen, u.a. auch, weil ellaOna® (UPA) heute eindeutig der Vorzug gegeben wird. UPA soll in Bälde sogar LNG ersetzen, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

»Anders als Levonorgestrel kann Ulipristalacetat bei bereits ansteigendem LH¹⁰-Spiegel und einer Follikelgröße von 18 mm den Eisprung noch verschieben. Aufgrund dieser überlegenen Wirksamkeit ist Ulipristalacetat das Mittel der ersten Wahl in der Notfallkontrazeption.«¹¹

Die LNG-haltige ›Pille danach‹ ist in den meisten europäischen Ländern nicht mehr verschreibungspflichtig, Ausnahmen sind Deutschland, Polen und Italien. Zu erwähnen ist der Umstand, dass die Dosis der LNG-haltigen ›Pille danach‹ den 50-fachen Gehalt einer LNG-haltigen Minipille hat!

Die UPA-haltige ellaOne® hingegen ist rezeptpflichtig.

⁴ GEMZELL-DANIELSSON, K. ET AL., 2013.

⁵ HLI SCHWEIZ, eigene Berechnung, nicht veröffentlicht; basierend auf:

1) www.nzzglobal.ch/nzz/forms/page.htm;

2) www.sonntagaz.ch/pages/index.cfm?dom=152&rub=100212531&arub=100212531&orub=10021253&osrub=100212531&Artikel_I...

3) www.swissdox.ch/cgi-bin/search/restricted/local_login.de.cgi?cgi_env=/cgi-bin/cqcgi_703_5/@rw_sd_set3_v2.de.env&CQ_SESSI...

⁶ RABE, T./C. ALBRING, 2013, sowie DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOKRINOLOGIE (DGE) Hormone und Stoffwechsel, 10.04.13, http://www.endokrinologie.net/presse_130410.php

⁷ *»Emergency contraceptive use has steadily increased, with about 12 million packages sold last year, according to IMS Health and the SymphonyIRI Group, health information and market research companies.«*

⁸ Vgl. dazu z.B. A. CORBIN, 1998; W. RELLA, 2008.

⁹ BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, *Comments. Towards more effective emergency contraception?*, in: *Lancet*, 2010; 375: 527–528.

*»Levonorgestrel and mifepristone, in an in-vitro model, have different mechanisms of action, because levonorgestrel has no effect on **implantation** whereas **mifepristone** can **prevent it, which might also apply to ulipristal.**«* (Hervorhebungen RE)

¹⁰ LH = Luteinisierendes Hormon: löst den Eisprung aus. Stimuliert auch die Gestagenbildung und -ausschüttung.

¹¹ RABE, T. (www.endokrinologie.net/presse_130410.php).

Die neuere Literatur behandelt vor allem die selektiven Progesteron-Rezeptor-Modulatoren (=SPRMs, in erster Linie ULIPRISTAL-ACETAT). Es wird praktisch überall dem LNG vorgezogen und gilt als neue Standard-Methode. ellaOne® ist jedoch doppelt bis dreifach so teuer. In der Folge beschränken wir uns überwiegend auf UPA.

2.3. Sicherheit von LNG

Wie sicher kann eine Schwangerschaft unter LNG verhindert werden?¹²

Zeit der Einnahme nach Geschlechtsverkehr	Erfolgsquote/Verhinderung der Schwangerschaft
Erste 24 h	95 %
24–48 h	85 %
48–72 h	58 %

2.4 Sicherheit von Ulipristal-Acetat (UPA)

Allein schon die Zeitachse der Wirksamkeit von UPA mit der »erfolgreichen« Einnahme bis 120 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr kann nicht nur auf der Ovulationshemmung beruhen. Auch die noch höhere Sicherheit von UPA gegenüber LNG spricht ebenfalls für die Nidationshemmung, da die Schwangerschaftsrate unter UPA von 5,5 % auf 1,8 % und unter LNG von 5,4 % auf 2,6 % reduziert werden konnte.¹³

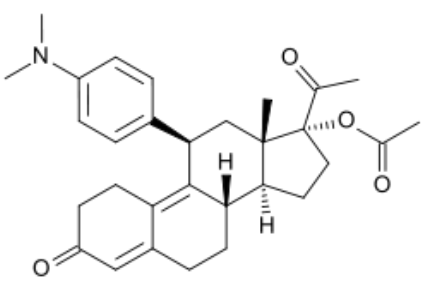
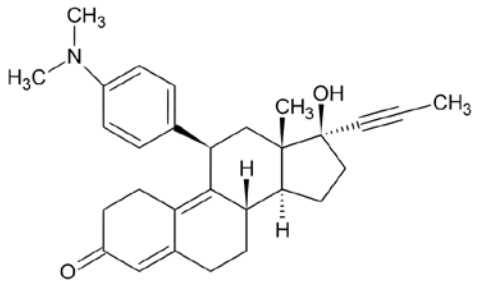
2.5. Was ist Ulipristal-Acetat ?

Zunächst müssen wir uns fragen, worum es sich bei Ulipristal-Acetat eigentlich handelt:

- Chemisch ist es ein Nachfolgepräparat von Mifepriston – RU 486 = *Antiprogestin*:
- RU 486 = SPRM 1. Generation
- UPA = SPRM 2. Generation = CDB-2914
- Beide sind sog. »Selektive Progesteron-Rezeptor-Modulatoren«

Ulipristal-Acetat – UPA: Selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator = Anti-Progestin:

Vergleich der Strukturformeln von Mifepriston und Ulipristal-Acetat

	
Ulipristal-Acetat = UPA ¹⁴ = SPRM 2. Generation = CDB-2914 = Anti-Progestin = Postkoitalpille	Mifepriston ¹⁵ – RU 486 = SPRM 1. Generation = Anti-Progestin = Abtreibungspille

¹² Informations sur les produits pharmaceutiques en Suisse, mot clef NorLevo®Uno

¹³ GLASIER, A.F./S.T. CAMERON/P.M. FINE ET AL.. 2010.

¹⁴ Zulassung von UPA: 2009

¹⁵ Zulassung von Mifepriston: 1988 in Frankreich, im restlichen Europa im Lauf der 90er Jahre.

Man beachte hinsichtlich der nahen Verwandtschaft von UPA und Mifepriston die folgenden Beurteilungen:

»Ulipristal ähnelt damit dem zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zugelassenen Präparat Mifegyne®.«¹⁶

»Pille danach: Neues Präparat ellaOne wirkt ähnlich wie Abtreibungspille«¹⁷

Aus diesen Strukturformeln ist ersichtlich, wie ähnlich sich diese beiden Substanzen sind. Man kann sich die Frage stellen, weshalb das schon sehr viel ältere Präparat Mifepriston nicht als ›Pille danach‹ verwendet wird. Dazu folgendes Zitat:

»Mifepriston wird weit verbreitet zum Schwangerschaftsabbruch benutzt und ist daher in vielen Ländern im Handel erhältlich. Das negative abtreibungsbezogene Image von Mifepriston hat die Mitwirkung grösserer pharmazeutischer Firmen an der Entwicklung von Mifepriston wie auch anderer SPRMs zu kontrazeptiven Pharmaka offenkundig limitiert.«¹⁸

Für Mifepriston wird eindeutig eine nidationshemmende Wirkung im dreidimensionalen Zellkultur-Modell nachgewiesen, hingegen nicht für LNG.¹⁹ Aufgrund der frappanten Verwandtschaft mit Mifepriston kann dieses Modell wohl auch auf UPA extrapoliert werden:

»Ulipristal hat ähnliche biologische Eigenschaften wie Mifepriston, das zum medizinischen Schwangerschaftsabbruch verwendete Antiprogestin und das in China und Russland als Notfallkontrazeptivum vermarktet wird. Wenn korrekt verwendet, ist Mifepriston auch ein wirksames Notfallkontrazeptivum...«²⁰

Somit wird auch klar, dass Mifepriston sehr wohl als ›Pille danach‹ Verwendung findet, allerdings wegen seines Rufs als Abtreibungspille nicht bei uns im Westen, vielmehr nur in China und Russland.

3. Kontroverse – Wirkungsweise von Ulipristal

Die Ereignisse um den Vergewaltigungsfall in Köln mit Bezug auf die ›Pille danach‹ hat die Frage nach der Wirkungsweise der neueren verfügbaren Präparate zur Notfallkontrazeption in dramatischer Weise aktiviert. Bislang war man der Meinung, dass diese Präparate unter anderem frühabtreibend seien. Nun beruft sich Kardinal Meisner und mit ihm die Deutsche Bischofskonferenz auf Informationen, denen zufolge es neuere Pharmaka gebe, die ausschliesslich ovulationshemmend seien. Die seit rund 13 Jahren sich im Handel befindliche LNG-haltige ›Pille danach‹ ist punkto Wirkungsweise in der Literatur so gut belegt, dass ein Zweifel an der nidationshemmenden Wirkung kaum ernsthaft in Betracht gezogen werden kann, auch wenn neuerdings die ausschliessliche Ovulationshemmung propagiert wird.

Die neue, offenbar noch weniger bekannte ›Pille danach‹ hingegen, ellaOne®, die Ulipristalacetat als Wirkstoff enthält und seit 2009 auf dem Markt ist, gilt es nun sorgfältig auf ihre Wirkungsweise hin zu prüfen, um diesbezüglich Klarheit zu erhalten und nicht zuletzt eine gerechte Beurteilung der Sachverhalte zu ermöglichen.

¹⁶ HINNEY, B.: 2010.

¹⁷ www.imabe.org/index.php?id=1366

¹⁸ SARKAR, N.N., 2011: *»Mifepristone is widely used to terminate pregnancy and as such is commercially available in many countries. The negative abortion-related image of mifepristone has clearly limited the involvement of major pharmaceutical companies in the development of mifepristone as well as other SPRMs as contraceptive drugs.«* <http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2011-9/000139.shtml> (GMS German Medical Science 2011, Vol. 9, ISSN 1612-3174)

¹⁹ LALITKUMAR, P.G.L. ET AL., 2007.

²⁰ BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, 2010: *»Ulipristal has similar biological effects to mifepristone, the antiprogestin used in medical abortion and marketed for emergency contraception in China and Russia. When used correctly, mifepristone is also an effective emergency contraceptive ...«*

Dazu sollen zunächst die Verlautbarungen zweier Fachgesellschaften, die Kardinal Meisner unter anderem beraten haben und auf die er und seine Pressestelle sich berufen, zur Einleitung zitiert werden:

- 1) »24.01.2013 – Die ›Pille danach‹ ist Verhütung, kein Schwangerschaftsabbruch – Pressemitteilung des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) München/Heidelberg – Die moderne ›Pille danach‹ verhindert oder verzögert den Eisprung. Wenn der Eisprung bereits erfolgt ist, die Eizelle sich aus dem Eierstock gelöst hat und im Eileiter oder in der Gebärmutter befindet, so verhindert die »Pille danach« weder die Befruchtung dieser Eizelle noch die Einnistung in der Gebärmutter. Sie führt auch nicht dazu, dass eine künstliche Menstruation, eine so genannte Abbruchblutung, ausgelöst würde und dass dadurch ein Embryo, der sich bereits in der Gebärmutter eingenistet haben könnte, verloren gehen würde.

Dies gilt für beide Arzneimittel, die derzeit als »Pille danach« in Deutschland zugelassen sind, sowohl für Levonorgestrel als auch für Ulipristalacetat. Beide Medikamente greifen deshalb nicht in das Werden eines bereits gezeugten Menschen ein. Sie sind als **Verhütungsmittel** einzustufen, **nicht als Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch**. Mit Arzneimitteln, die zur Ablösung der Gebärmutterschleimhaut und zu einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch eingesetzt werden, sind sie nicht vergleichbar.

Zum Hintergrund: Eine Eizelle bleibt nach dem Eisprung 12 bis maximal 24 Stunden lang befruchtungsfähig. Spermien dagegen können bei optimalen Bedingungen drei bis fünf Tage lang in Gebärmuttermund, Gebärmutter oder Eileiter überleben. Die beiden erhältlichen »Pillen danach« verhindern den Eisprung oder verzögern ihn so lange, bis die Überlebenszeit der Spermien überschritten ist, wobei Ulipristal-Acetate (UPA) länger wirkt als Levonorgestrel (LNG) und damit den Frauen eine größere Sicherheit bietet. Auch wenn LNG bis zu drei Tagen nach dem ungeschützten Verkehr zugelassen ist und UPA bis zu fünf Tagen danach, zeigen Studien, dass es wichtig ist, das Arzneimittel so schnell wie möglich zu verordnen.«²¹

- 2) Die 2011 publizierte Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) e.V. lautet:

»Ovulationshemmung: Die aktuelle Datenlage deutet darauf hin, dass der klinisch relevante Wirkmechanismus **allein auf der Inhibition der Ovulation** beruht.«²²

3.1. Wirkungsweise von UPA – auch unter pharmakodynamischen Gesichtspunkten

Wie schon weiter oben ausgeführt, ist UPA ein **Selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator**, was bedeutet, dass es selektiv die Progesterorezeptoren im Körper der Frau besetzt und damit verhindert, dass das körpereigene Progesteron an diesen Rezeptoren andocken kann. Ein bereits an die Rezeptoren andocktes Progesteron wird von dieser Verbindung verdrängt. Es besteht eine **»Hochaffine Bindung an den menschlichen Progesteronrezeptor. Hauptwirkmechanismus: Hemmung oder Verzögerung der Ovulation.«**²³

²¹ ALBRING, C./T. RABE, 2013. (Hervorh. RE)

Dr. med. Christian Albring, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) e.V.

Prof. Dr. med. Thomas Rabe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V.

²² RABE, T./ARBEITSKREIS »POSTKOITALE KONTRAZEPTION«, 2011.

²³ DÖRFLER, D., 2012.

Die Ovulationshemmung wird hier als **Hauptwirkmechanismus** und nicht als alleiniger Wirkmechanismus angegeben!

Leidenberger et al. gehen noch einen Schritt weiter:

*»Ulipristal ist ein selektiver Progesteron-Rezeptormodulator (SPRM): Es verhindert das Andocken des körpereigenen Sexualhormons Progesteron, so dass dieses nicht wirken kann. Der Eisprung wird verhindert oder verzögert. **Die Bildung von Proteinen, die für den Beginn und Erhalt einer Schwangerschaft notwendig sind, wird unterdrückt.**«²⁴*

Hier besteht bereits der Hinweis sowohl auf Ovulationshemmung als auch auf Beeinflussung der Existenz der Schwangerschaft und damit einer Nidationshemmung. Nach Brache et al.²⁵ wird der Eisprung durch UPA-Verabreichung noch beim LH-Anstieg verschoben oder gehemmt, allerdings nur zu 79 %; folglich finden in 21 % »Durchbruchovulationen«²⁶ statt, bei denen dann ein nidationshemmender Effekt zum Tragen kommen kann.

In der **Tube** – in der glatten Muskulatur und den sekretorischen Zellen des Eileiters²⁷ – haben wir eine **hohe Konzentration an Progesteronrezeptoren (PR)**. Nach Karbowski et al. spielen die Steroidrezeptoren eine gewichtige Rolle für den Eitransport in der Tube.²⁸

Unter dem Einfluss von UPA jedoch werden diese Rezeptoren blockiert mit der Folge der Dysregulation (Störung) der Tubenmotilität und der sekretorischen Funktion (Desynchronisation dieser Vorgänge). Dadurch wird nicht nur die Zusammensetzung des Tubensekrets verändert, sondern auch die bremsende Wirkung des natürlichen Progesterons auf die Tubenmuskulatur aufgehoben. Diese Blockade bewirkt einen **zu raschen Transport des Embryos** in die Gebärmutter, wo dieser ein **für die Einnistung unzureichend vorbereitetes Endometrium** vorfindet. Dieses wird durch die Rezeptorblockade **nicht sekretorisch umgewandelt**, weshalb eine Einnistung nicht erfolgen kann und der Embryo abstirbt.

Im Klartext heisst dies, dass UPA als selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator das innere Genitale der Frau der Progesteronwirkung beraubt, was für Tuben und Endometrium bedeutet: **mit der Verhinderung der Progesteronwirkung durch UPA wird dem Embryo die Lebensgrundlage entzogen – denn ohne Progesteron bzw. Progesteronwirkung gibt es keine Nidation und keinen Schwangerschaftserhalt!**

Diesen für die natürliche Physiologie grundlegend wichtigen Sachverhalt bestätigt sogar die Firma HRA-Pharma, also der Hersteller sowohl der LNG-haltigen Pille »PiDaNa« als auch der UPA enthaltenden »ellaOne«:

»Zum Hintergrund von Ulipristalacetat. Progesteron spielt eine entscheidende Rolle bei der Fortpflanzung vieler Arten. Es ist beteiligt an der Steuerung von Ovulation, Nidation und Schwangerschaftserhalt.«²⁹

²⁴ http://de.wikipedia.org/wiki/Pille_danach / Klinische Endokrinologie für Frauenärzte, herausgegeben von Freimut A. Leidenberger, T. Strowitzki, O. Ortman, Springer 2009; (Hervorh. RE)

²⁵ BRACHE, V. ET AL., 2010.

²⁶ Die unter UPA-Wirkung trotzdem auftretenden Ovulationen werden in dieser Abhandlung der Vereinfachung halber als »Durchbruchovulationen« bezeichnet, analog zur Einnahme von Ovulationshemmern.

²⁷ LEIDENBERGER, F.A./T. STROWITZKI/O. ORTMANN, 2009.

²⁸ KARBOWSKI, B. ET AL., *Licht- und Elektronenmikroskopie der Steroid-Rezeptoren in Tube und Uterus*, 1993. »Unsere Untersuchungen zeigen somit sowohl auf licht- als auch auf elektronenmikroskopischer Ebene, dass die gefundenen Variationen in der Expression der Steroidrezeptoren als Ausdruck einer zum Teil reversiblen Zellschädigung zu verstehen sind, die mit einer Funktionsbeeinträchtigung während des Eitransportes einhergehen. Unsere Ergebnisse weisen auf eine Mitbeteiligung der Steroide und ihrer Rezeptoren bei der komplexen und im einzelnen noch wenig verstandenen Regulation des Eitransportes hin.«

²⁹ ADVISORY COMMITTEE FOR REPRODUCTIVE HEALTH DRUGS, 2010.

»Ulipristal Acetate Background, Progesterone plays a pivotal role in reproduction in many species. It is

3.2. Literatur und Nidationshemmung

Interessant ist, dass in der Literatur **von diversen Autoren eine nidationshemmende Wirkungsweise von UPA beschrieben** wird, häufig jedoch **ohne dieselbe als nidationshemmend zu benennen**. Es werden – neben einer Ovulationshemmung bzw. -verschiebung³⁰⁻³¹ – auch eine verzögerte endometriale Reifung³²⁻³³⁻³⁴, eine ausbleibende sekretorische Umwandlung des Endometriums³⁵ und eine geringere Endometriumdicke^{36,37} sowie eine Störung der endometrialen Synchronisation³⁸ oder anderweitige »Beeinflussung des Endometriums«³⁹⁻⁴⁰, u.a. auch eine Reduktion für die Implantation wichtiger molekularer Marker⁴¹ beschrieben.

Bei einer dermassen häufig anzutreffenden Umschreibung der Nidationshemmung durch UPA in der Literatur – wohlgermerkt ohne verbale Benennung der Nidationshemmung –, erhebt sich

involved in the control of ovulation, implantation, and maintenance of pregnancy.«

³⁰ BRACHE, V., ET AL., 2010.

³¹ Ellaone® (Ulipristalacetat), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): »Ulipristalacetat ist ein oral wirkender synthetischer Progesteron-Rezeptor-Modulator mit Bindung am menschlichen Progesteron-Rezeptor. Als Wirkungsmechanismus werden die **Hemmung oder Verzögerung der Ovulation** sowie eine **Beeinflussung des Endometriums** dargestellt. Eine Aussage zur **Sicherheit**, sollte das Mittel während einer **bestehenden Frühschwangerschaft** eingenommen werden, kann nicht getroffen werden. **Eine Schwangerschaft muss daher vor Einnahme ausgeschlossen** werden.« (Hervorh. RE)

³² BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, 2010: »**A delay in endometrium maturation was seen after ulipristal at 10, 50, and 100 mg. Furthermore, menstruation is delayed by 1–2 weeks in 30 % of the cases after 100 mg, 27 % after 50 mg, and 9 % after 10 mg doses.** These results are similar to those described after mifepristone.« (Hervorh. RE)

³³ STRATTON, P. ET AL., 2010: »**With a single late-follicular dose, luteal phase endometrial maturation was delayed in 70 % of biopsy specimens at each dose of CDB- 2914 (10, 50, and 100 mg) compared with 17% in the placebo group (25). A delay in ovulation and suppression of E2 levels was less frequently observed and was dose dependent. Similarly, 100 mg mifepristone given from days 10 to 17 delayed both ovulation and endometrial maturation (26).**« (Hervorh. RE)

³⁴ SARKAR, N.N., 2011: »**Die derzeit entwickelten SPRMs entfalten ihre Wirkung durch Hemmung der Ovulation und Verzögerung der endometrialen Synchronisation. Niedrige Dosen von Progesteronantagonisten verzögern die endometriale Reifung, ohne die Ovulation zu beeinträchtigen.**« (Hervorh. RE)

³⁵ RABE, T./H.-J. AHRENDT/K. KÖNIG/M. LUDWIG/M. GOECKENJAN/E. MERKLE/H.-P. ZAHRADNIK (Arbeitskreis »Postkoitale Kontrazeption«)

Die neue »Pille danach«, Postkoitale Kontrazeption, Neuzulassung von Ulipristalacetat zur Notfallkontrazeption«, in: gyne September 2009.

»**Die Entwicklung des sekretorischen Endometriums während der Gelbkörperphase wird dosisunabhängig inhibiert. Der Schwellenwert für die morphologische Veränderung des Endometriums erscheint geringer als der für die Inhibition der Ovulation.**« (Hervorh. RE)

³⁶ STRATTON, P. ET AL., 2010: »**With a single late-follicular dose, luteal phase endometrial maturation was delayed in 70 % of biopsy specimens at each dose of CDB-2914 (10, 50, and 100 mg) compared with 17% in the placebo group.** «

»**In contrast to histologic dating, molecular markers of implantation and P action and endometrial thickness were reduced by CDB-2914 in a dose-dependent fashion.**« (Hervorh. RE)

³⁷ DÖRFLER, D., 2012.

³⁸ SARKAR, N.N., 2011: »**Currently developed SPRMs are derivatives of steroid compounds with mild or potent anti-progestogen activity. SPRMs may exert a contraceptive activity by different mechanisms such as inhibition of ovulation and disruption of endometrial synchronization.**«

»**In the field of contraception, SPRMs have shown contraceptive potential by suppressing follicular development, delaying surge of luteinizing hormone (LH), retarding endometrial maturation and promoting endometrial bleeding. Mifepristone, a best known SPRM, showed a strong intercepting action.**« (Hervorh. RE)

STRATTON, P. ET AL., 2010.

³⁹ ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT (AkdÄ).

⁴⁰ HINNEY, B., 2010: »**Als Wirkmechanismus werden die Hemmung oder Verzögerung der Ovulation sowie eine Beeinflussung des Endometriums genannt.**«

⁴¹ STRATTON, P. ET AL., 2010: »**In contrast to histologic dating, molecular markers of implantation and P action and endometrial thickness were reduced by CDB-2914 in a dose-dependent fashion.**« (Hervorh. RE)

der Verdacht der sprachlichen Verschleierung. Denn das sind alles Vorgänge, die nidationshemmende bzw. -verhindernde Wirkungen haben und die Mifepriston als »Pille danach« und als Interzeptivum ebenfalls aufweist. Demzufolge ist auch **UPA mit einer Teilwirkung als Interzeptivum** zu bezeichnen!

Einige **wenige Autoren benennen die nidationshemmende Wirkung von UPA** jedoch **konkret** und bezeichnen sie als ethisch anders zu bewerten^{42,43}; teils gewichten sie diese Wirkung sogar stärker als diejenige der Ovulationshemmung.⁴⁴ Mit ihrer Bewertung befinden sie sich in Übereinstimmung zu früheren Autoren, die sich grundsätzlich zur Nidationshemmung durch Interzeptiva geäußert haben.⁴⁵ Auch wird vermutet, dass **»Ulipristal als Hemmstoff für die Einnistung eine grössere Wirkung hat als Levonorgestrel, was auch eine Erklärung für seine längere Wirkung sein könnte.«**⁴⁶

Es wird auch darauf hingewiesen, dass Pharmaka, die zum Teil die Nidation verhindern, in vielen Ländern den Frauen nicht zugänglich oder von diesen nicht akzeptiert sein könnten.⁴⁷

Eine Autorin siedelt den Wirkungszeitraum von UPA sogar **»bis spätestens 120 Stunden nach möglicher Befruchtung«** an.⁴⁸ Damit geht sie ganz klar von einem nidationshemmenden Effekt sogar als Hauptwirkung aus!

Eine hochinteressante Arbeit zur nidationshemmenden Wirkungsweise von UPA stammt von Miech zur Zeitspanne vom Eisprung bis 24 Stunden nach der Ovulation.⁴⁹ Er beschreibt 3 nidationsverhindernde Mechanismen:

»(1) Mangelhafte Entwicklung der Decidua⁵⁰ und Unmöglichkeit der adäquaten Einnistung,

(2) mangelnde Sekretion der Schleimhaut, um einen eingenisteten Embryo zu erhalten,

(3) die Rückkehr zu spontanen Uteruskontraktionen, die sonst unterdrückt würden.«

Er ist ferner der Meinung, dass möglicherweise noch immunologische Abstossungsreaktionen der Trophoblastzellen der Blastozyste hinzukommen, die während der ersten 5–10 Tage nach der Fertilisation in Aktion träten.

⁴² Benagiano, G./H. von Hertzen, 2010 ; <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/pille-danach-arzneimittelstreit-um-die-notfallverhuetung-1983357.html> :

*»Beide Wirkstoffe hemmen den Eisprung und beeinträchtigen die Reifung der Gebärmutter Schleimhaut. Der neue Wirkstoff unterdrückt die Wirkung des Progesterons, der alte die Ausschüttung des luteinisierenden Hormons. Allerdings vermuten Benagiano und von Hertzen, dass **Ulipristal als Hemmstoff für die Einnistung eine grössere Wirkung hat als Levonorgestrel, was auch eine Erklärung für seine längere Wirkung sein könnte. Als Nidationshemmer wäre die neue »Pille danach« aber ethisch anders zu beurteilen als ein Produkt, das vor allem den Eisprung beeinflusst.«** (Hervorh. RE)*

⁴³ PIAGGIO, G./H. VON HERTZEN, 2010: *»If levonorgestrel is effective up to and including the fourth day, it would be ill-advised to replace its use, for women presenting before the fifth day, with a costly progestogen-receptor modulator. Such **drugs, which may act in part through prevention of implantation, might not be accessible or acceptable to women in many countries.**«* (Hervorh. RE)

⁴⁴ STRATTON, P., ET AL., 2010.

⁴⁵ So z.B. H.-D. TAUBERT/H. KÜHL (Kontrazeption mit Hormonen, 1.Aufl. 1981, 2. Aufl. 1994. Besonders deutlich A. TEICHMANN (Kontrazeption, 1991, S. 165): *»Gegen die Anwendung dieser Form der allgemein auch als **postkoitale Interzeption** bezeichneten Massnahmen sprechen zurecht ethische Bedenken, die zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und der zumeist diesen Methoden zugrundeliegenden Nidationshemmung keinen prinzipiellen Unterschied sehen.«* (Hervorh. Im Original)

⁴⁶ BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, 2010; (Hervorh. RE).

⁴⁷ PIAGGIO, G./H. VON HERTZEN, 2010.

⁴⁸ SPANIER, B., 2010.

⁴⁹ MIECH, R.P., 2011: *»(1) failure of the decidua to develop and become receptive to implantation of the blastocyst, (2) failure of secretions of uterine glands in the decidua to maintain an implanted embryo, and (3) the return of spontaneous uterine contractions.«*

⁵⁰ Mit »Decidua«, auch Siebhaut genannt, bezeichnet man die sich verändernde Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium). Sie wird unter dem Einfluss des Gelbkörperhormons gebildet und bietet dem sich einnistenden Embryo u.a. seine Nahrungsgrundlage durch Einlagerung von Nährstoffen (Glykogene, Lipide)

Vermutlich wurde bisher der Immunpharmakologie von Ulipristal zu wenig Beachtung geschenkt.

4. Ablauf des Wirkmechanismus von UPA bezüglich Ovulations- und Nidationshemmung

4.1. Pharmakodynamik

Grundsätzlich: **Besetzung** der PR-Rezeptoren durch UPA: antagonistische und partiell agonistische Wirkung:

- 1) Ovar: **Ovulationshemmung (OH) bzw. -verschiebung**: agonistische Wirkung auf die Progesteronrezeptoren. Durch negative Rückkopplung wird die LH-Ausschüttung reduziert und der LH-Peak verhindert (Hypothalamus-Hypophysen-Achse). OH evtl. auch durch direkte Wirkung auf das Ovar.⁵¹
- 2) Tube: Blockade der Progesteron-Rezeptoren in der Tube, mit der Folge einer Dysregulation der Tubenmotilität und der sekretorischen Funktion (Desynchronisation dieser Vorgänge): u.a. **zu rascher Transport des Embryos** in den Uterus, nebst **Veränderung der Zusammensetzung der Tubensekrete**.
- 3) Endometrium noch nicht bereit für Nidation: da **endometriale Synchronisation durch Blockade der PR-Rezeptoren verzögert bzw. verhindert wird (fehlende Phasenkordanz)**: Es wird die **Reifung**, d.h. die **sekretorische Umwandlung des Endometriums verhindert**.

4) Nidationshemmung bzw. -verhinderung

Diese Feststellungen sollten eigentlich keinen Anlass zu Zweifeln an der nidationshemmenden Wirkung von UPA geben, sind sie doch Bestandteil des Basiswissens jedes Mediziners und Pharmakologen – der Propädeutik! Das Pharmakologie-Lehrbuch »Mutschler Arzneimittelwirkungen«, das wohl bekannteste Standardwerk seit mittlerweile über 40 Jahren, zählt das Wissen um die Nidationshemmung (wohlbemerkt: bereits durch »normale« Ovulationshemmer/Verhütungspille) zum »Basiswissen«.⁵²

Zur ovulationshemmenden Wirkung durch SPRMs gibt es jedoch auch kritische Stimmen, besonders im Hinblick auf ihre Anwendung als Kontrazeptiva:

*»Progesteronantagonisten können die Follikelentwicklung, die LH-Sekretion und die Endometriumreifung blockieren, diese Tatsachen verleihen den Substanzen das Potential oestrogenfreier Kontrazeptiva. Trotzdem sind **Progesteronantagonisten** nur bedingt als Kontrazeptiva nützlich, da sie **möglicherweise teratogen und/oder embryotoxisch** wirken. SPRMs sind **keine effektiven LH-Sekretionsblocker** weshalb sie **nicht als Kontrazeptiva in Frage kommen.**«⁵³*

Die potentielle Embryotoxizität von UPA wird anderweitig ebenfalls angesprochen:

»Die Auswirkungen einer Ulipristal-Gabe bei dennoch entstehender Schwangerschaft seien nicht ausreichend gesichert, ein möglicher embryotoxischer Effekt könne nicht ausgeschlossen werden.«⁵⁴

Ähnlich urteilt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).⁵⁵ H. Kaulen geht jedoch noch weiter:

»Von dem neuen Wirkstoff [erg.: UPA] weiß man in dieser Hinsicht wenig. In Tierexperimenten tötet er die heranwachsenden Embryonen ab.«⁵⁶

⁵¹ NALLASAMY, S. ET AL., 2013.

⁵² MUTSCHLER, E. ET AL., 2005, S. 218.

⁵³ www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Progesteronrezeptor_Liganden

⁵⁴ REIMANN, A.L.G., 2013.

⁵⁵ ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT (AKDÄ).

⁵⁶ KAULEN, H., 2010.

Das »arznei-telegramm« rät dazu, vor der Verabreichung von UPA einen Schwangerschaftstest zu machen.⁵⁷ Auch hier, seitens der Autoren des Pharma-unabhängigen »arznei-telegramms«, wird die potentiell nidationshemmende Wirkung von UPA erwähnt!

Über den postkonzeptionellen Effekt äussert sich Reimann folgendermassen:

*»Aufgrund eines vorliegenden Schreibens der HRA-Pharma⁵⁸ und der Kommunikation an Fachkreise (43) sowie an Patientinnen (44) kann davon ausgegangen werden, daß der pharmazeutische Unternehmer ellaone[®] als »moderne Pille danach« und somit als »3rd Generation Product« positionieren möchte. Ob diese Positionierung durch eine **interessegeleitete Ausblendung möglicher Postkonzeptioneller Effekte** auf dem deutschen Markt eher gestützt oder geschwächt werden kann, bleibt offen zur Diskussion.«⁵⁹*

Zudem darf nicht vergessen werden:

»Für minderjährige Frauen sind Sicherheit und Wirksamkeit des neuen Wirkstoffs noch nicht belegt worden, weil diese Altersgruppe gar nicht oder nur mit wenigen Ausnahmen an den klinischen Studien beteiligt war.«⁶⁰

Dies wird öffentlich jedoch mit keinem Wort erwähnt; ellaOne[®] aber wird auch an minderjährige Frauen abgegeben! Bemerkenswert ist ferner, dass durch die postkoitale Kontrazeption bisher keine Reduktion der Abtreibungen erreicht werden konnte.⁶¹ Laut DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) soll Deutschland eine gewisse Ausnahme machen; danach sei hier zwischen 2002 und 2011 die Zahl der Abtreibungen insgesamt um 16,5 % zurückgegangen, bei Minderjährigen sogar um 45 %.⁶²

4.2. Was spricht für eine Nidationshemmung durch UPA?

- Die hohe Sicherheit trotz »Durchbruchovulationen«;
- Fällt besonders auf bei »Durchbruchovulationen« auf Höhe ansteigendes LH, dem LH-Peak und auch absinkendes LH, wo keine 100 %ige OH mehr gegeben ist und schliesslich zunehmend nur noch die Nidationshemmung greifen kann.
- Längere Wirkungsdauer als LNG: dieses wirkt gemäss Literatur beim LH-Anstieg nicht mehr ovulationshemmend bzw. -verschiebend!
- »Sicherheit« konsistent bis zu 5 Tagen (auch bei LH-Peak) im Gegensatz zu LNG (rascher Abfall der Wirkung)
- UPA = selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator, der das innere Genitale der Progesteronwirkung beraubt: **ohne Progesteron bzw. Progesteronwirkung keine Nidation!**
- Pharmakokinetisch und -dynamisch spricht sehr vieles für eine nidationshemmende Aktivität von UPA (nebst der Ovulationshemmung).

⁵⁷ <http://www.arzneitelegramm.de/db/wkstxt.php3?&knr=029411/407817&art-mono&nummer=Ulipristalazetat&ord=uaw>

»Bei einer Entscheidung für den Progesteronrezeptormodulator raten wir, zuvor einen Schwangerschaftstest durchzuführen, um eine bereits vor dem ungeschützten Geschlechtsverkehr bestehende unerkannte Schwangerschaft auszuschliessen. Bei Levonorgestrel hingegen sind nach epidemiologischen Studien fetale Fehlbildungen bei Versagen der Notfallkontrazeption nicht zu erwarten.«

⁵⁸ Pharmazeutische Firma mit Hauptsitz in Frankreich (Paris), die NorLevo[®] bzw. PiDaNa[®] und ellaOne[®] entwickelt hat und vertreibt.

⁵⁹ REIMANN, A.L.G., 2013.

⁶⁰ www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/pille-danach-arzneimittelstreit-um-die-notfallverhuetung-1983357.html

⁶¹ RAYMOND, E.G. ET AL., 2007.

⁶² DGGG, 2012 (in Kommentar der pro familia, Bundesverband, zitiert)

Neben den zahlreichen, bereits angeführten Literaturbelegen, sprechen die beiden folgenden Zitate von Reimann⁶³ für sich:

*»Gleichzeitig wird aber betont, dass **Progesteron für die erfolgreiche Einnistung erforderlich** sei.«*

*»... andere Autoren, die eine **Einwirkung auf das Endometrium** sowie eine immunmodulatorische Wirkung auf die Interaktion von Zygote und Endometrium und somit **im Ergebnis eine Nidationshemmung** zumindest als weiteren Wirkungsmechanismus nach postovulatorischer Gabe in Betracht ziehen. Hierfür spräche auch die pharmakologische Verwandtschaft als Agonist/Antagonist (»Modulator«) mit dem Progesteron-Antagonisten Mifepristone. **Ein Effekt auf die endometriale Physiologie konnte auch bei therapeutisch angewandten Dosen gezeigt werden.** Auch in der o.g. **Metaanalyse der beiden Zulassungsstudien wird ein postovulatorischer Mechanismus als möglich** bezeichnet. Die Auswirkungen einer Ulipristal-Gabe bei dennoch entstehender Schwangerschaft seien nicht ausreichend gesichert, ein möglicher embryotoxischer Effekt könne nicht ausgeschlossen werden.«*

Watson-Pharma, der Hersteller und Vertreiber von ella in den USA (= ellaOne® in Europa), bestätigt ebenfalls nidationshemmende Mechanismen im Endometriebereich.⁶⁴

Noch deutlicher äussert sich Kaulen⁶⁵, indem er sagt, dass UPA in Tierversuchen Embryonen abtötet. Sogar der Hersteller, HRA-Pharma, erwähnt selber, dass UPA im Tierversuch zu einem »preimplantation loss« (Verlust vor Einnistung) geführt habe. Die dort genannten Zahlen bedeuten einen erheblichen Embryonenverlust nach UPA-Verabreichung!⁶⁶

Ferner werden Veränderungen im Endometriebereich beschrieben.⁶⁷

4.3. Wirkung auf die Ovulation unter Berücksichtigung der Spermienüberlebenszeit

Die folgende Grafik lehnt sich an die Darstellung aus »Notfallkontrazeption – ein Update« vom 4.2.2013 an:⁶⁸

⁶³ REIMANN, A.L.G., 2013 (Hervorh. RE).

⁶⁴ WATSON-PHARMA, USA 2011 (VGL. FN 96)

⁶⁵ KAULEN, H. 2010.

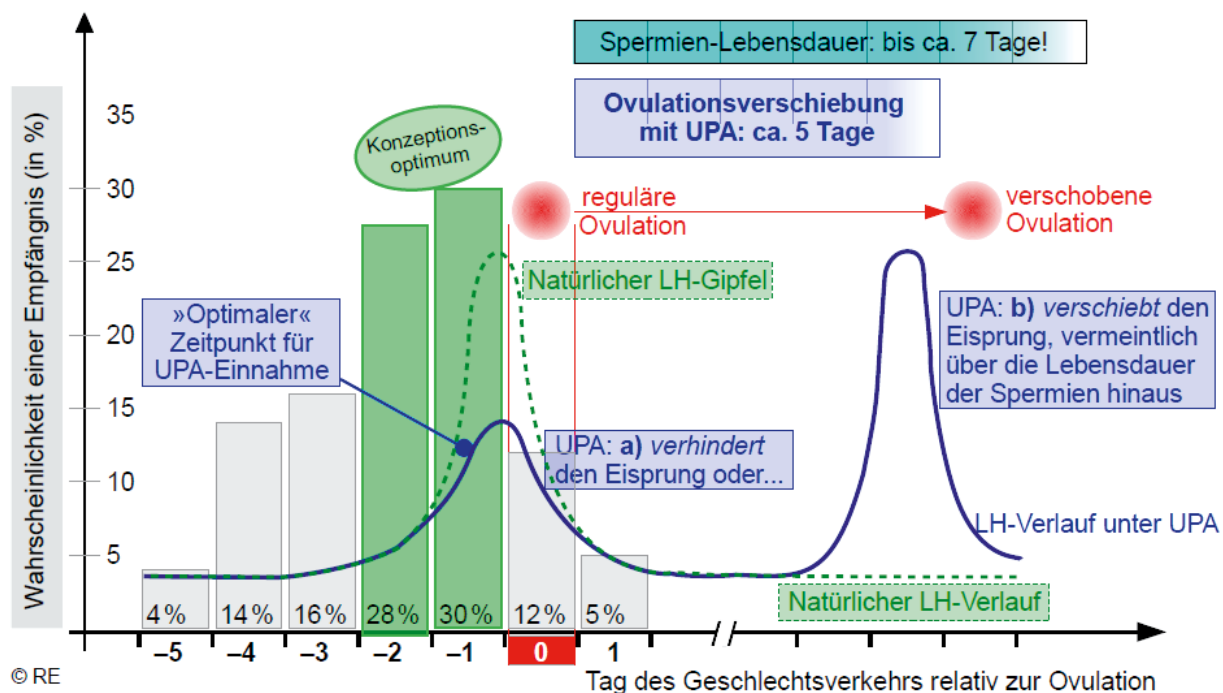
⁶⁶ ADVISORY COMMITTEE FOR REPRODUCTIVE HEALTH DRUGS, 2010.

⁶⁷ EBD.

⁶⁸ RABE, T./C. ALBRING ET AL., 2013, S. 3.

Wirkung einer UPA-haltigen »Pille danach« auf die Ovulation

UPA: a) *verhindert* den Eisprung; b) oder *verschiebt* ihn um ca. 5 Tage



Dort (Rabe und Albring, 2013) wird sie folgendermassen erklärt:

»Abb. 2 Bei Gabe kurz vor der Ovulation (im ansteigenden LH-Spiegel) kann nur Ulipristalacetat durch Senken des LH-Spiegels den Eisprung noch verzögern. An den beiden Tagen vor der Ovulation, wenn das Konzeptionsrisiko am größten ist, kann der Eisprung mit Levonorgestrel nicht mehr verhindert werden.«⁶⁹

4.3.1. Ovulationsverschiebung:

Nach Brache et al. beträgt die Verschiebung der Ovulation 5 Tage, die Überlebens- und Befruchtungsfähigkeit der Spermatozoen beträgt laut DGGEF und BVF sowie Rabe und Albring nur 3–5 Tage^{70,71}. Nach den Regeln der Natürlichen Empfängnisregelung (NER) können Spermatozoen bis zu 6 Tagen überlebens- und ebenso befruchtungsfähig sein.⁷²

Kuhl, H./C. Jung-Hoffmann geben eine deutlich längere Überlebenszeit an:

»Die fertile Phase eines Zyklus beginnt 6 Tage vor der Ovulation und endet am Tag

⁶⁹ RABE, T./C. ALBRING, 2013.

⁷⁰ ALBRING, C./RABE, T., 2013 (s. auch ganze Verlautbarung von BVF und DGGEF, S. 7: »Spermien dagegen können bei optimalen Bedingungen drei bis fünf Tage lang in Gebärmuttermund, Gebärmutter oder Eileiter überleben.« (Hervorh. RE)

⁷¹ RABE T./ ALBRING, C., 2013: »Die verzögerte Ovulation erfolgt etwa fünf Tage später. Dies ist ausreichend, um das fertile Fenster zu schliessen, da die Spermien im weiblichen Genitaltrakt (d.h. Uterus und Tuben) nur eine maximale Überlebenszeit von 3–5 Tagen haben (Behre u. Nieschlag 2000).« (Hervorh. RE)

⁷² RÖTZER, J./E. RÖTZER, 2010, S. 27: »Befruchtungsfähigkeit der Samenzellen Wie lange Samenzellen im verflüssigten Zervixschleim befruchtungsfähig bleiben, hängt von der Dauer der Zervixschleimabsonderung und der Qualität des Zervixschleims ab. Die oft zu hörende Aussage, dass Samenzellen im Körper der Frau etwa drei Tage befruchtungsfähig bleiben können, ist in dieser allgemeinen Form nicht richtig. Bei mancher Frau kann diese Zeitspanne kürzer sein (bisweilen nur einige Stunden umfassen), bei einer anderen Frau können dies vielleicht bis zu sechs Tage sein. Eine derart lange Zeit der Befruchtungsfähigkeit kommt selten vor. Ausserdem ist die Frau in der Lage, die Möglichkeit hierfür zu erkennen, und zwar durch das Vorhandensein einer längeren Phase mit Zervixschleim einer guten Qualität.«

*nach der Ovulation. Die relativ hohe Wahrscheinlichkeit einer Fertilisation vor der Ovulation beruht auf der **langen Überlebenszeit der Spermien in der Zervix von bis zu 7 Tagen.***⁷³

4.3.2. Welche Konsequenzen ergeben sich aus diesen Angaben?

1. Entsprechend wären nach einer Ovulationsverschiebung von 5 Tagen noch funktionstüchtige Spermatozoen im Genitaltrakt der Frau vorhanden, erst recht nach 3 Tagen.
2. Diese Spermatozoen könnten die nach 5 Tagen gesprungene Eizelle noch befruchten.
3. UPA ist bei einer *Halbwertszeit von $32,4 \pm 6,3$ Stunden (nach Gabe einer Einzeldosis von 30 mg)*⁷⁴ nach diesen 5 Tagen immer noch i.S. der Nidationshemmung wirksam.
4. Das bedeutet, dass auch nach fünftägiger Ovulationsverschiebung noch tubare und endometriale Veränderungen i.S. der Nidationsverhinderung bestehen, da die Progesterorezeptoren von Tube und Endometrium weiterhin durch UPA besetzt sind.
5. Da UPA eine potentielle Embryotoxizität aufweist, besteht zudem die Gefahr einer Schädigung des Embryos, falls die Nidationshemmung nicht mehr zum Tragen kommen sollte.

Bei den Angaben von BVF und DGGEF besteht demnach bereits eine möglicherweise folgenschwere Fehlinterpretation bzw. -information! Und somit ist auch die oben schon angeführte Aussage von Rabe und Albring irreführend:

»Die verzögerte Ovulation erfolgt etwa fünf Tage später. Dies ist ausreichend, um das fertile Fenster zu schliessen, da die Spermien im weiblichen Genitaltrakt (d.h. Uterus und Tuben) nur eine maximale Überlebenszeit von 3–5 Tagen haben.«

Das fertile Fenster dürfte demnach in vielen Fällen nicht geschlossen sein, da die Spermien bis zu sieben Tage überleben können.

Überdies ist der »optimale« Zeitpunkt für UPA-Einnahme beim LH-Anstieg nicht mehr mit einer 100 %igen Ovulationshemmung verbunden, sondern nur zu 79 %, also mit einer 21 %igen »Durchbruchovulationsrate« (Brache et al., vgl. auch Grafik Ovulations-/Nidationshemmung unter UPA) und damit einer entsprechenden Befruchtungsmöglichkeit. Das wird hier mit keinem Wort erwähnt, sondern einfach ausgeblendet. Auch nicht, dass bei einer Follikelgrösse von >18 mm nur zu ca. 60 % eine Ovulationshemmung erfolgt (Brache et al.). Im Gegenteil, es wird – gegenüber von LNG – gross propagiert, dass auch noch beim LH-Anstieg die Ovulation gehemmt wird. Ja, sie wird gehemmt, aber nicht zu 100 %. Somit ist dies lediglich eine Teilwahrheit.

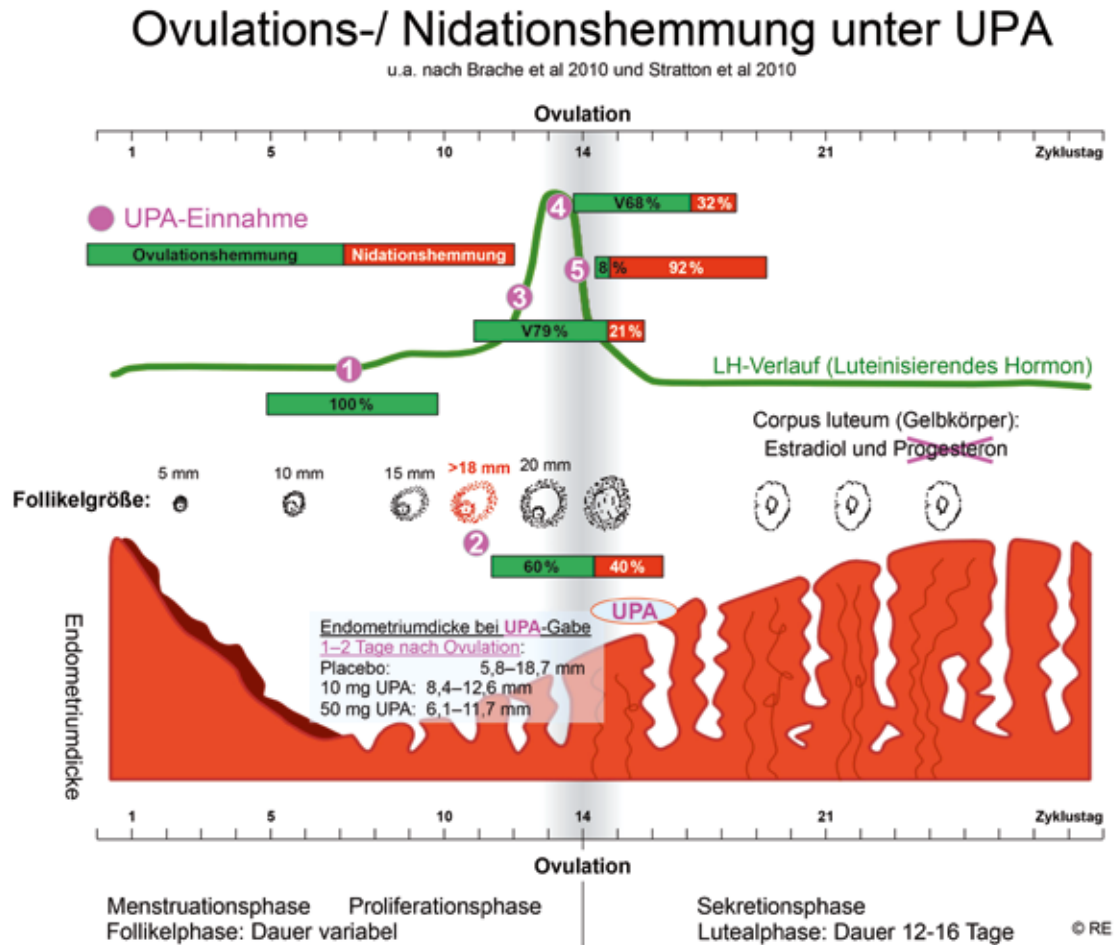
Falls UPA auf dem LH-Peak gegeben wird (Vergewaltigungen bzw. ungeschützter GV können ja zu jedem beliebigen Zeitpunkt im Zyklus stattfinden!), kann die Ovulation zu 32,3 % innerhalb 72 h (= $1,54 \pm 0,52$ d) stattfinden, also dem Zeitraum der höchsten Befruchtungswahrscheinlichkeit bei der Frau! Eine Befruchtung ist demnach höchstwahrscheinlich! Und damit kommt dann mit grosser Wahrscheinlichkeit auch die Nidationshemmung zum Tragen!!

Seitens der Sicherheit von UPA kann dies natürlich ruhig geschehen, da durch die dann in der Regel in Aktion tretende Nidationshemmung eben die Gewähr gegeben ist, dass keine weiterführende SS bestehen bleibt. Das Ganze wird dann als ‚alleinige Ovulationshemmung‘ verkauft, allerdings nicht von Brache et al.

⁷³ KUHL, H./C. JUNG-HOFFMANN, 1999, S. 18; vgl. dazu auch: WILCOX A.J./C.R. WEINBERG/D.D. BAIRD, 1995. (Hervorh. RE)

⁷⁴ »Die terminale Halbwertszeit von Ulipristalacetat im Plasma betrug nach einer Einzeldosis von 30 mg $32,4 \pm 6,3$ Stunden« www.pharmazie.com/graphic/A/51/0-91551.pdf

4.4. Ovulations- / Nidationshemmung unter UPA: Grafik in Anlehnung an Brache et al., 2010⁷⁵, und Stratton et al., 2010⁷⁶



V = Verschiebung der Ovulation
OH = Ovulationshemmung

Endometriumdicke: nach Stratton et al., 2010

Diese ist auch bei tiefer UPA-Dosierung (10 mg) stark eingeschränkt! (s. Grafik)

4.4.1 Ovulationsverschiebung im Zyklusverlauf

- Bei UPA vor LH-Peak jeweils signifikant länger = $6,85 \pm 1,42$ d
- Bei UPA auf Höhe LH-Peak = 5 – 10 d in 67,6 %
- Aber: Bei UPA-Gabe auf Höhe LH-Peak = **$1,54 \pm 0,52$ d in 32,3 %**

Ovulation innert 72 h, ähnlich Plazebo⁷⁷, somit ist die *Befruchtung möglich*, da Spermien noch befruchtungsfähig (gemäss KUHLE, H./C. JUNG-HOFFMANN bis zu 7 d und nicht nur max. 3-5 Tage, wie von Rabe und Albring postuliert wird)!! Ab diesem Zeitpunkt ist mit der *nidationshemmenden* Wirkung zu rechnen!

⁷⁵ BRACHE, V. ET AL., 2010.

⁷⁶ STRATTON, P. ET AL., 2010.

⁷⁷ BRACHE, V. ET AL., 2010.

Anwendung von 30 mg UPA⁷⁸: UPA 1 – 5 beziehen sich auf die violett markierten Zahlen in obiger Grafik

UPA 1: vor LH-Anstieg = 100 % OH (8 Fälle!)

Die Aussagekraft dieser Angabe muss aufgrund der tiefen Fallzahl (nur 8 Fälle) angezweifelt werden.

UPA 2: bei Follikelgrösse >18 mm = 60 % OH (!)

UPA 3: bei LH-Anstieg, aber vor LH-Peak = 78,6 % OH

**UPA 4: auf Höhe LH-Peak = 68 % Ovulationsverschiebung/OH;
aber in 32,3 % Ovulationen (!) innert 72 h**

UPA 5: nach LH-Peak: = 8,3 % OH

Somit besteht ein hoher Prozentsatz an »Durchbruchovulationen« vom LH-Anstieg an, mit Befruchtungsmöglichkeit!

Trotzdem ist eine hohe kontrazeptive Sicherheit gewahrt! Dies kann nur durch einen zusätzlichen Mechanismus ermöglicht werden!

Der **grosse Schwachpunkt von Brache et al.** besteht darin, dass ständig von Ovulationshemmung unter UPA gesprochen, hingegen der grosse Prozentsatz von »Durchbruchovulationen« nicht näher kommentiert wird. *Die Autoren leugnen sie zwar nicht, es wird aber nur teilweise die **Möglichkeit einer Befruchtung** angesprochen; und es unterbleibt jeder Hinweis darauf, was mit diesen befruchteten Eizellen geschieht, nämlich die **Nidationshemmung** (abgesehen von 3 (von 20) »luteinized unruptured follicles« (LUF) = in Gelbkörper umgewandelte nicht gesprungene Follikel).*⁷⁹

Die Autoren heben hervor, dass eine signifikante Ovulationsverschiebung bzw. -hemmung durch UPA erfolgt, auch wenn dieses erst beim LH-Anstieg verabreicht wird. Bezogen auf LNG stimmt dies wohl, das zu diesem Zeitpunkt keine OH mehr bewirkt!⁸⁰⁻⁸¹

Das fast absolute Propagieren einer Ovulationshemmung durch UPA noch beim LH-Anstieg, also zu einem Zeitpunkt, zu dem LNG keine OH mehr bewirkt, ist trotzdem nicht gerechtfertigt, da dies nicht die ganze Wahrheit ist. Die Ovulation wird zwar gehemmt bzw. verschoben, aber nur zu 79 %, zu 21 % kommt es demnach doch zu einer »Durchbruchovulation«. Und das zum Zeitpunkt der maximalen Befruchtungswahrscheinlichkeit! Für die Praxis ist dies von grösster Wichtigkeit!

Gleiches gilt für die Ovulationshemmung von 60 % bei einer Follikelgrösse von >18 mm! Die 40 % »Durchbruchovulationen« werden nicht näher kommentiert! Von einer ausschliesslichen Ovulationshemmung als Wirkungsweise kann auch hier nicht die Rede sein.

⁷⁸ EBD.

⁷⁹ EBD.

⁸⁰ SARKAR, N.N., 2011: »Thus, **ulipristal acetate** could delay follicular rupture if taken immediately before ovulation. This SPRM as **EC** could perhaps prevent pregnancy when given in advanced follicular phase at the onset of LH surge, a time when LNG EC is no longer effective in inhibiting ovulation [29].« (Hervorh. RE)

⁸¹ RABE, T. (DGGEF e.V.)/ ALBRING, C. (BVF E.V.) Notfallkontrazeption – ein Update, vom 4.2.2013: »**Abb. 2** Bei Gabe kurz vor der Ovulation (im ansteigenden LH-Spiegel) kann nur Ulipristalacetat durch Senken des LH-Spiegels den Eisprung noch verzögern. **An den beiden Tagen vor der Ovulation, wenn das Konzeptionsrisiko am grössten ist, kann der Eisprung mit Levonorgestrel nicht mehr verhindert werden.**« (Hervorh. RE).

Es geht natürlich nicht an, den Prozentsatz der Ovulationshemmungen zwar zu nennen, aber bei den ‚Durchbruchovulationen‘ deren mögliche Konsequenzen bis hin zur Nidationshemmung zu verschweigen und diese als praktisch inexistent zu verkaufen. Dafür wird aber gleichzeitig von alleiniger Ovulationshemmung gesprochen.

Eine solche Vorgehensweise ist in nicht mehr vertretbarer Weise selektiv und daher wissenschaftlich nicht akzeptabel.

Zudem kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der Leser der Stellungnahmen von Rabe et al. und Albring et al. bewusst getäuscht wird! Er soll an den Gedanken gewöhnt werden, dass die Ovulationshemmung mindestens die Hauptwirkung, evtl. gar die alleinige Wirkung sei. Der Leser wird bewusst von der ethischen Problematik der Lebensvernichtung durch Nidationshemmung ferngehalten. *Dies ist wohl bei der Beratung von Kardinal Meisner so geschehen!*

Es ist eine Irreführung glauben zu machen, dass – nach Schilderung dieser Schwachpunkte – die hohe Sicherheit von UPA ausschliesslich auf der Ovulationshemmung beruhe.

4.5. Standortbestimmung im Zyklus zur Eruierung eines allfälligen Zeitfensters für die risikolose Applikation von UPA

Gerade im Falle einer Vergewaltigung stellt sich die Frage, ob und wann UPA noch ohne das Risiko der Nidationshemmung verabreicht werden kann. Dieses Problem stellte sich nicht, wäre Kardinal Meisner nicht in dem Sinne beraten worden, es gäbe eine moderne ›Pille danach‹, die ausschliesslich ovulationshemmend wirke. In diesem Falle könnte eine solche ‚Pille danach‘ bedenkenlos zu jedem Zeitpunkt im Zyklus gegeben werden, da ja die Gefahr der Nidationshemmung nicht bestünde. Nun aber haben wir gesehen, dass ellaOne[®] nebst der Ovulationshemmung auch nidationshemmend wirkt. Daraus hat sich die Fragestellung ergeben, ein allfälliges Zeitfenster im Zyklus zu bestimmen, in welchem nur die Ovulationshemmung zum Tragen käme. Aus diesem Grunde muss eine sorgfältige Standortbestimmung erfolgen.

4.5.1 Was sind die Voraussetzungen dazu?

- *Kenntnis über Zyklusablauf: zumindest Schleimbeurteilung zur Abgrenzung der fruchtbaren Phase*
- *Vaginalultraschall zur Bestimmung der Follikelgrösse bzw. eines etwaigen Corpus luteum und der Endometriumdicke (jedoch Streubreite relativ gross!)*
- *LH-Schnelltest im Urin (im Blut noch nicht möglich)*
- *Progesteron-Schnelltest (in der Veterinärmedizin existiert er bereits zur Bestimmung des optimalen Deckzeitpunktes! Es ist fraglich, ob derselbe in der bestehenden Form auch auf den Menschen übertragen werden könnte?)⁸²*

4.5.2. Fragen und Bedenken aus Sicht der Frau vom praktischen Gesichtspunkt aus:

- *Wie viele Frauen gehen unmittelbar nach der Vergewaltigung zum Arzt bzw. zur Polizei? Hier geht oft viel Zeit verloren!*
- *Welche Frau weiss, wie viele Tage vor der Ovulation sie sich befindet?*
- *Wie viele Frauen kennen ihren Zyklus: Schleim / BTK (= Basaltemperaturkurve). Allein schon die Schleimbeurteilung wäre sehr wichtig!*
- *Man darf keinen schematischen Zyklus annehmen: beispielsweise 28 d und schon gar nicht die Ovulation am 14. Zyklustag*
- *Umso wichtiger: eingehende Anamnese!*

⁸² www.vetpharm.uzh.ch/reloader.htm?tp/00000000/V0064-XX.htm?inhalt_c.htm

- Welche Frau akzeptiert nach einer Vergewaltigung ohne weiteres, wenn überhaupt, einen Vaginal-US?
- LH-Schnelltest = Serientest: mindestens 2 × im Abstand von einigen Stunden: braucht wiederum Zeit!
- Progesteron-Schnelltest: s. oben

4.5.3. *Wie sieht es vom Zyklus her in praxi aus?*

Angenommen:

- Ein Vaginal-US sei möglich, mit kleinem Follikel (Grenze nach oben: 14 mm Durchmesser,⁸³)
- Die LH-Tests entsprächen etlichen Tagen prä-ovulatorisch
- Der Progesteron-Schnelltest zeige eindeutig die stattgehabte Ovulation an (s. oben), was bedeutet, dass die »Pille danach« im Sinne der Ovulationshemmung überflüssig ist
- Vor der Vergewaltigung beobachtete »Fruchtbarkeitszeichen«

Diese Problematik wurde **Fachleuten vom Institut für Natürliche Empfängnisregelung Prof. Dr. med. Rötzer e.V (INER)** zur Beurteilung vorgelegt, das diese in ihrer ganzheitlichen Betrachtungsweise den Sachverhalt am objektivsten in der Lage sind zu bewerten.

Bischofsvikar Dr. Helmut Prader hat sich der Frage intensiv angenommen, wie auch schon etwas früher bei der LNG-haltigen »Pille danach«. Sein Exposé findet sich in der Beilage als eigenständige Arbeit inkl. fünf ausgewerteten Beispielen. Hier sei lediglich sein **Fazit** wiedergegeben:

»Zusammenfassend ist zu sagen, dass es rein theoretisch in den meisten Zyklen 1–3 Tage gibt, an denen nach Vergewaltigung es durch die Einnahme von UPA zu einer ovulationshemmenden oder -verschiebenden Wirkung käme. In der Praxis ist dies nicht anwendbar, weil selbst Frauen, die sich im Zyklus auskennen und Aufzeichnungen führen, nicht wissen, wie sich dieses traumatische Ereignis auf den Zyklus auswirkt. Zudem ist es fraglich, ob eine Frau sofort zum Arzt oder zur Polizei geht. Erfahrungsgemäß dauert es mehrere Tage. Daher wird es im verantwortungsvollen Umgang mit der Problematik kaum eine Situation geben, wo die Pilleneinnahme vertretbar wäre, weil eine ausschließlich ovulationshemmende oder –verschiebende Wirkung praktisch nicht gewährleistet werden kann. Im zweiten Teil des Zyklus und in den ersten Tagen des Zyklus ist die Pilleneinnahme unnötig, weil eine Schwangerschaft ausgeschlossen ist (zweiter Teil) oder die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist (0,2% die ersten 6 Tage).

4 Tage vor der Ovulation und drei Tage nach der Ovulation darf die Pille nicht genommen werden, weil sie auch nidationshemmend wirkt.

Es bleiben schliesslich theoretisch nur maximal 3 Tage für eine legitime Pilleneinnahme, wobei die Prämissen so umfangreich sind, daß diese wenigen Tage erst im Nachhinein bestimmt werden können mit all den Prämissen, die ich oben genannt habe.«

⁸³ da in der Studie von Brache et al. bei einer Probandin nach einer Follikelgrösse von <18 mm eine Ovulation erfolgte. Die Probandin wurde von der Studie ausgeschlossen. Dieses Beispiel zeigt, dass die Vorgänge um die Befruchtung keinem zeitlich fixen Schema folgen, und ein hinreichend grosser Sicherheitsabstand eingehalten werden muss bezüglich des Risikos der Nidationshemmung!

4.5.4. Praktikabilität

Wir sehen also, dass wohl theoretisch bis zu 3 Tage für eine einigermaßen risikolose Einnahme von UPA verbleiben, in denen nicht mit einer Nidationshemmung zu rechnen ist.

In der Praxis aber können diese 3 Tage nicht einwandfrei abgegrenzt werden, da man nie sicher sein kann, ob der nidationshemmende Effekt nicht doch zum Tragen kommt. Darauf deutet in der Studie von Brache et al. u.a. der Ausschluss einer Probandin hin, bei der eine Ovulation bei einer Follikelgrösse von < 18 mm erfolgt war. In einer Studie kann man einen solchen Ausschluss vornehmen, im wahren Leben indessen nicht!

Insbesondere kann der Vaginal-US zwar die Follikelgrösse bestimmen, jedoch sagt er nichts aus über gewisse Symptome, wie beispielsweise die Beschaffenheit des Zervixschleims, die unerlässlich ist für die Beurteilung der Fruchtbarkeit. Der LH-Test ohne Berücksichtigung der Schleimqualität ist ebenfalls unzureichend.

Wie will ein Notfallarzt im Hinblick auf diese Umstände ein korrektes, verantwortbares Timing erkennen? Er wird ‚zur Sicherheit‘ UPA verabreichen, da nach Brache et al., beispielsweise bei einer Follikelgrösse von >18 mm, zu 60 % der Follikelsprung verschoben würde oder nicht stattfinden sollte! Dieser letztere – relativ hohe - Prozentsatz motiviert den Arzt in der Praxis womöglich zur Gabe von UPA. Die Nidationshemmung in den 40 % nach einer Durchbruchovulation wird dann unter Umständen locker verdrängt!

5. Diskussion

5.1. Widersprüchliche Aussagen zur Wirkungsweise von UPA – Sprachgebrauch

Die oben (S. 7) zitierten Aussagen von Rabe et al. bzw. von BVF und DGGEF sprechen sich dezidiert für eine ausschliessliche Ovulationshemmung von UPA (u.a. auch von LNG) aus.

Unter »Wirkungsweise von UPA« wurde anhand zahlreicher Zitate aus der neueren Literatur der Nachweis erbracht, dass nebst der ovulationshemmenden Wirkung von UPA auch eine nidationshemmende Komponente besteht.

Bei den weiterführenden Literaturrecherchen zum Thema stiessen wir auf folgende vier Zitate, die einerseits die Wirkungsweise von UPA erhellen, andererseits aber wegen ihrer Widersprüchlichkeit aufhorchen lassen. Zunächst das erste Zitat von Rabe et al. aus dem Jahre 2009 in einem Artikel zur Neuzulassung von Ulipristalacetat:

»Die Entwicklung des sekretorischen Endometriums während der Gelbkörperphase wird dosisunabhängig inhibiert. Der Schwellenwert für die morphologische Veränderung des Endometriums erscheint geringer als der für die Inhibition der Ovulation.«⁸⁴

Die von Rabe et al. beschriebenen Wirkmechanismen sind eindeutig nidationshemmender Natur!

2011 (zweites Zitat) beschrieben Rabe et al. die Mechanismen der Nidationshemmung zwar sehr anschaulich, schwächten deren Bedeutung jedoch ab, indem sie abschliessend erwähnten, dass ein kontrazeptiver Effekt auf das Endometrium nicht nachgewiesen sei:

»Lutealphase und Endometrium:

*In einer placebokontrollierten Vergleichsstudie wurde die Wirkung von 10, 50 und 100 mg UPA in der frühen Lutealphase untersucht. Es zeigte sich eine **erhebliche***

⁸⁴ RABE, T. ET AL., 2009; (Hervorh. RE).

Verzögerung der endometrialen Reifung. Dieser Effekt ließ sich besonders **signifikant durch Endometriumsbiopsien 4–6 Tage nach der Ovulation** bei Einnahme von **höheren Dosierungen mit 50 und 100 mg** nachweisen [61]. Die Behandlung mit UPA führte zu einer **signifikant dosisabhängigen Abnahme der Endometriumdicke** sowie zu einer Zunahme von Progesteronrezeptoren im Endometrium. Ein **kontrazeptiver Effekt auf das Endometrium ist jedoch für die gängigen Dosierungen der Notfallkontrazeption mit UPA (30 mg) nicht nachgewiesen.**⁸⁵

Erstaunlich ist bei der Interpretation von Rabe et al. 2011 die Leugnung eines »kontrazeptiven Effekts auf das Endometrium«, da der histologische Befund eine »**erhebliche Verzögerung der endometrialen Reifung**« ergeben hatte, der unzweifelhaft für eine Nidationshemmung spricht. Die Autoren berufen sich auf eine Dosisabhängigkeit dieses Resultates, indem sie wörtlich sagen: »**Ein kontrazeptiver Effekt auf das Endometrium ist jedoch für die gängigen Dosierungen der Notfallkontrazeption mit UPA (30 mg) nicht nachgewiesen.**«

Dabei hatten sie UPA 30 mg gar nicht getestet, sondern nur die Dosierungen »10, 50 und 100 mg«. In diesem Zusammenhang dann aber »**UPA (30 mg)**« explizit zu erwähnen, ist befremdlich! Waren ihnen etwa die Forschungsergebnisse anderer Autoren bekannt, dass sie gerade UPA 30 mg ungetestet liessen – nämlich von Stratton et al., die schon 2010 eine verzögerte endometriale Reifung bereits bei einer **einzigsten, tiefen UPA-Dosierung von 10 mg** nachweisen konnten? Hingegen war die **Ovulationsverschiebung bei Stratton et al. dosisabhängig** zu beobachten. Letztere Autoren sind der Ansicht, dass es diese endometrialen Effekte seien – inklusive verminderter Endometriumdicke –, durch welche UPA als »emergency contraceptive« wirksam sein könnte, sogar bei fehlender Wirkung auf das Ovar und den Menstruationszyklus.⁸⁶ Gleicher Meinung bezüglich geringerer Endometriumdicke ist auch die Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien.⁸⁷

Auch die von Rabe et al. postulierte alleinige ovulationshemmende Wirkung von UPA konnten Stratton et al. in keiner Weise bestätigen. 2009 hatte dies bei Rabe et al. noch ganz anders getönt, als sie die entscheidende nidationshemmende Wirkungsweise von UPA beschrieben, nämlich **die Entwicklung des sekretorischen Endometriums werde dosisunabhängig inhibiert.**⁸⁸ Hier war noch keine Rede von nicht nachgewiesener kontrazeptiver Wirkung! **Es wird sogar von einer »dosisunabhängigen« Hemmung der »Entwicklung des sekretorischen Endometriums« gesprochen** – ein weiterer Widerspruch in dieser Serie von Widersprüchen!

Das heisst, dass die sekretorische Umwandlung auch bei tieferen Dosierungen von UPA unterbleibt, also auch bei den 30 mg UPA in ellaOne[®]. Zudem ist nach dieser Publikation von Rabe et al. der **»Schwellenwert für die morphologische Veränderung des Endometriums ... geringer als der für die Inhibition der Ovulation.«**⁸⁹ Eindeutiger kann die nidationshemmende Wirkung und ihr Stellenwert gegenüber der Ovulationshemmung nicht definiert werden.

⁸⁵ RABE, T. (FEDERFÜHREND) ET AL., 2011; (Hervorh. RE).

⁸⁶ STRATTON, P. ET AL.. 2010: »**In summary, decreased endometrial thickness and decreased L-selectin ligands expression may be the earliest features of the antiprogesterone effect of CDB-2914 in the luteal phase, heralding other endometrial changes. In our studies, endometrial maturation appeared to be more vulnerable to a small, single dose given in the follicular phase than with a single dose given in either early luteal or midluteal phase. Whether this is a direct endometrial effect or a result of an ovarian effect is not known. Taken together, these endometrial effects in the absence of ovarian and menstrual cycle effects suggest mechanisms by which CDB-2914 might be effective as an emergency contraceptive (28).**«
»**With a single late-follicular dose, luteal phase endometrial maturation was delayed in 70% of biopsy specimens at each dose of CDB- 2914 (10, 50, and 100 mg) compared with 17% in the placebo group.**«
»**Thus, the threshold for altering endometrial morphology was lower than that for altering folliculogenesis,** ...«

⁸⁷ DÖRFLER, D., 2012.

⁸⁸ RABE, T., ET AL., 2009.

⁸⁹ EBD.

Dies bestätigen auch Stratton et al., indem sie sagen:

»So war die Schwelle zur Veränderung der endometrialen Morphologie geringer als zur Änderung der Follikulogenese ...«⁹⁰

Interessant ist hier, dass die Aussagen von Rabe et al. 2009 einerseits und diejenigen von Stratton et al. 2010 andererseits praktisch übereinstimmen und die Vermutung nahelegen, dass die Ovulationshemmung durch UPA der Nidationshemmung untergeordnet sein müsste!

Dies deckt sich auch mit der Aussage von Narendra Nath Sarkar, 2011:

»Die derzeit entwickelten SPRMs entfalten ihre Wirkung durch Hemmung der Ovulation und Störung der endometrialen Synchronisation.«⁹¹

Demzufolge dürfte kein Zweifel an der auch nidationshemmenden Wirkungsweise von UPA bestehen – erst recht nicht bei 30 mg, wie in ellaOne[®] enthalten.

2012 (drittes Zitat) findet sich sodann unter folgendem Link⁹² ein weiterer eklatanter Widerspruch:

So schrieben am 1. Februar 2012 der Bundesverband der Frauenärzte (BVF) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in der Webseite »Frauenärzte im Netz«:

»Die ›Pille danach‹ verhindert oder verschiebt den Eisprung so, daß keine Befruchtung stattfinden kann. Ist es bereits zu einer Befruchtung gekommen, verhindert sie die Einnistung in die Gebärmutter.«

Hier bekräftigen die beiden Verbände erneut unzweideutig die nidationshemmende Wirkung der ‚Pille danach‘.

Damit aber nicht genug: **2013 (viertes Zitat)** erfolgt wiederum eine Steigerung des Plädoyers für die alleinige Ovulationshemmung und gegen eine allfällige postovulatorische Wirkungsweise von UPA: es werde *»weder die Befruchtung dieser Eizelle noch die Einnistung in die Gebärmutter«* verhindert. Die Befruchtung wird – nach erfolgter Ovulation – sicher nicht verhindert, sie kann stattfinden. Denn die Progesteronrezeptoren in der Zervix werden ebenfalls durch UPA besetzt und blockiert gehalten, so dass der eindickende Effekt des Progesterons auf den Zervixschleim entfällt und die Spermien noch müheloser in den Uterus und die Tuben aufsteigen und somit eine evtl. vorhandene Eizelle befruchten können.

Hingegen wird die Einnistung der befruchteten Eizelle ins Endometrium mit Sicherheit verhindert. Das bestätigen die zahlreichen Zitate aus diversen Studien in der vorliegenden Arbeit. Und dafür spricht auch die hohe Sicherheit von UPA, die keinesfalls nur durch die Partialwirkung der Ovulationshemmung gewährleistet sein kann.

Über die Wirkung der Blockade der Progesteronrezeptoren in der Tube und im Endometrium wurde weiter oben schon berichtet. Zur Ergänzung sei vermerkt, dass durch UPA auch Uteruskontraktionen vermehrt auftreten⁹³ (Miech, Fn 49), da der bremsende Effekt des Progesterons auf die Uterusmuskulatur entfällt, was sich auf eine allfällig entstehende Schwangerschaft ebenfalls negativ auswirken könnte.

Auch Bernward Büchner, ehemals vorsitzender Richter in Freiburg sowie seit 1985

⁹⁰ STRATTON, P. ET AL., 2010: *»Thus, the threshold for altering endometrial morphology was lower than that for altering folliculogenesis...«*

⁹¹ SARKAR, N.N., 2011: *»Currently developed SPRMs are derivatives of steroid compounds with mild or potent antiprogesterone activity. SPRMs may exert a contraceptive activity by different mechanisms such as **inhibition of ovulation and disruption of endometrial synchronization.**«* (Hervorhebung RE).

⁹² BÜCHNER, B., 2013, zitiert die Verlautbarung.

⁹³ MIECH, R.P., 2011.

Vorsitzender der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V. (Köln), hat am 14.2.2013, also noch während der erhitzten Diskussion über die ›Pille danach‹, auf den Widerspruch bei Rabe aufmerksam gemacht und ihn wie folgt bewertet:

*»Was mag zu dieser **Kopernikanischen Wende** beigetragen haben? Veröffentlichungen, die zweifelsfrei bewiesen haben, dass LNG und UPA eine ausschließlich den Eisprung beeinflussende Wirkung haben, gibt es nicht, wohl aber solche, die eine weiterreichende Wirkung mehr oder weniger stark bezweifeln. Muss man glauben, dass hierfür ausschließlich rein wissenschaftliche Erkenntnisse ausschlaggebend sind?«⁹⁴*

Nicht weniger beachtenswert ist folgender Hinweis Büchners:

*»Professor Thomas **Rabe** steht aufgrund einer honorierten Vortragstätigkeit sowie als Präsident der DGGEF aufgrund von Industriemitgliedschaften **in Verbindung zu mehreren Pharmaunternehmen, unter ihnen die Firma HRA Pharma, Pharmazeutischer Unternehmer bzw. Hersteller der Präparate PiDaNa und ellaOne.**«⁹⁵*

5.2. Was sagen die Pharmaunternehmen dazu?

Sehr interessant ist die Beschreibung der Wirkungsweise von UPA durch Watson-Pharma, das Lizenz-Unternehmen für die Vertreibung von ella in den USA (= ellaOne[®] in Europa):

„Wie wirkt ella?

ella ist erstrangig für die Notfallkontrazeption gedacht, entweder durch Unterdrückung oder Verschiebung der Freisetzung einer Eizelle aus dem Ovar. Es ist möglich, dass ella auch wirkt durch Verhinderung der Anlagerung (Einnistung) im Uterus.“

„Wirkungsweise ... ella verschiebt den Follikelsprung. Die wahrscheinliche Hauptwirkungsweise von Ulipristalacetat zur Notfallkontrazeption besteht daher in einer Verhinderung oder Verschiebung der Ovulation; allerdings können Veränderungen am Endometrium die Nidation beeinflussen und so zur Wirksamkeit beitragen.“⁹⁶

Überdies bestätigt ja auch HRA-Pharma einen deutlichen »preimplantation loss« an Embryonen im Tierversuch nach UPA-Verabreichung, wie weiter oben schon erwähnt.⁹⁷

Deutlicher kann die nidationshemmende Wirkung von UPA kaum ausgedrückt werden, noch dazu von Quellen, die es wissen müssen und die diese Wirkung niemals zugestehen würden, wenn sie nicht bestünde. Allerletzte Zweifel müssten dadurch wohl ausgeräumt sein!

Erstaunlich ist auch, dass weder Rabe noch Albring je auf diese Aussagen von HRA- und Watson-Pharma zu sprechen kommen!

5.3. Schwangerschaftsabbrüche so früh wie möglich

Die Intention dieser Kombinationswirkung von UPA – nämlich Hemmung von Ovulation **und Nidation** – entspricht auch dem Zitat von Albring, das bereits aus dem Jahr 1998 stammt:

»Schwangerschaftsabbrüche so früh wie möglich stattfinden lassen, damit wir nicht in die Konflikte kommen, ein lebend geborenes Kind abtöten zu müssen oder das Kind vor der Geburt töten zu müssen.«⁹⁸

Sehr viel früher als durch UPA kann man eine Vernichtung des jungen Embryo kaum

⁹⁴ BERNWARD BÜCHNER, 2013 (Hervorh. RE)

⁹⁵ EBD. (Hervorh. RE)

⁹⁶ WATSON-PHARMA, USA 2011 *„How does ella work? ella is thought to work for emergency contraception primarily by stopping or delaying the release of an egg from the ovary. It is possible that ella may also work by preventing attachment (implantation) to the uterus.“*

„Mechanism of Action ... ella postpones follicular rupture. The likely primary mechanism of action of ulipristal acetate for emergency contraception is therefore inhibition or delay of ovulation; however, alterations to the endometrium that may affect implantation may also contribute to efficacy.“

⁹⁷ ADVISORY COMMITTEE FOR REPRODUCTIVE HEALTH DRUGS, 2010.

⁹⁸ ALBRING, C., 1998.

bewerkstelligen! Dieses Ziel scheint mit der Entwicklung des SPRMs Ulipristalacetat inzwischen erreicht.

Eigentlich war dies schon mit der Markteinführung der Abtreibungspille RU 486 bzw. Mifepriston Ende der 80er Jahre in Frankreich der Fall. Denn Mifepriston wird neben seiner Funktion als Abtreibungspille (bis zum 49. Tag nach der LP) auch als »Pille danach«⁹⁹ eingesetzt – allerdings, wie bereits erwähnt, nicht im Westen, sondern in China und Russland.¹⁰⁰ Wegen seines negativen Images als Abtreibungspille interessierten sich grössere Pharmafirmen im Westen seinerzeit nicht für die Weiterentwicklung von Mifepriston als »Pille danach«, wie bereits ausgeführt.¹⁰¹

So wandte sich die Forschung diversen verwandten chemischen Präparaten – insbesondere den SPRMs – zu, deren erfolgversprechendstes Ulipristalacetat war, das schliesslich – 2009, nach einer Entwicklung von 10 Jahren – als ellaOne[®] auf den Markt gebracht wurde. Die grosse Ähnlichkeit zwischen UPA und Mifepriston wurde bereits besprochen.¹⁰²

In Anbetracht der grossen Verwandtschaft der beiden Substanzen sei der Umkehrschluss erlaubt, nämlich dass sich – natürlich in entsprechend höherer Dosierung – UPA ebenfalls als Abtreibungspille eignen würde.

Diese Möglichkeit zieht auch Keenan¹⁰³ in Betracht, indem er – aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit von UPA und Mifepriston – einen aktiven Postfertilisationsmechanismus sieht und diesen als *contragestive versus contraceptive* definiert. Weiter führt er aus:

»Die Anwendung von Ulipristalacetat ist bei einer bekannten oder vermuteten Schwangerschaft kontraindiziert; es kann hingegen durchaus als wirksames Abtreibungsmittel eingesetzt werden. Anbieter im Gesundheitswesen sollten die Patientinnen über die Möglichkeit beider Wirkungsweisen dieses Pharmakons informieren.«¹⁰⁴

IMABE bestätigt dies ebenfalls: *»Gegenüber Vikela wiegt schwerer, daß mit ellaOne auch ein bereits eingesteter Keimling abgetrieben werden kann (Abstoßung durch Schädigung der Gebärmutter Schleimhaut)«.¹⁰⁵*

Die geschilderten Wirkungsweisen entsprechen der Pharmakodynamik von UPA, das als Progesteron-Rezeptor-Modulator die Progesteron-Rezeptoren u.a. im inneren Genitale besetzt hält und damit die Wirkung des Progesterons blockiert und verhindert. Das betrifft einerseits den zu raschen Transport des Embryos im Eileiter und andererseits das für die Einnistung nicht sekretorisch umgewandelte Endometrium, weshalb sich der Embryo nicht einnisten kann. Dies ist bedingt durch eine *fehlende Phasenkonkordanz zwischen Tube und Endometrium bzw. durch eine gestörte Synchronisation!*

So wäre man effektiv bei der von Albring geäusserten Absicht und Zielvorgabe angelangt, „Schwangerschaftsabbrüche so früh wie möglich stattfinden (zu) lassen“, sowohl in China und Russland durch Mifepriston wie auch im Westen durch UPA, gleichsam global.

5.4. Erfolgreicheres Marketing durch Sprachmanipulation

⁹⁹ HULDI, H./J. KUNZ/G. SPOLETINI, 1993.

¹⁰⁰ BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, 2010.

¹⁰¹ SARKAR N.N., 2011: *»Mifepristone is widely used to terminate pregnancy and as such is commercially available in many countries. The negative abortion-related image of mifepristone has clearly limited the involvement of major pharmaceutical companies in the development of mifepristone as well as other SPRMs as contraceptive drugs (21).«* (Hervorh. RE).

¹⁰² HINNEY, B., 2010.

¹⁰³ KEENAN, J.A., 2011.

¹⁰⁴ EBD.: *»Ulipristal acetate administration is contraindicated in a known or suspected pregnancy; however, it could quite possibly be used as an effective abortifacient. Health-care providers should inform patients of the possibility of both mechanisms of action with use of this drug.«* (Hervorh. RE)

¹⁰⁵ IMABE, 2010.

Nur steht dem Marketing unentwegt und wieder einmal etwas Wesentliches im Wege, nämlich die **Nidationshemmung** allgemein und in unserem speziellen Fall durch UPA. Wenn man schon Mifepriston bei uns im Westen wegen seines negativen Rufs als Abtreibungspille nicht als ‚Pille danach‘ einführen konnte, wollte man UPA dieses Image ersparen. Und dazu musste es makellos beworben werden, eben als ausschliesslich ovulationshemmend. Es steht nämlich sehr viel auf dem Spiel. Reimann beschreibt dies ganz offen so:

*»Da ein großer Teil der deutschen Öffentlichkeit eher gleichgültig der Frage möglicher frühabtreibender Wirkungen gegenüber stehen dürfte, ist die Annahme einer interessegeleiteten Argumentation zum Wirkungsmechanismus zumindest nicht zwingend. Auf der anderen Seite könnten **Zweifel an der postkonzeptionellen Unwirksamkeit des Präparates hinderlich für eine rasche Penetration des südamerikanischen Marktes sein, auf dem ›katholische Positionen‹ noch durchaus bedeutsam sein könnten.**«¹⁰⁶*

Immerhin leben dort ca. 500 Millionen Katholiken, die UPA unter diesem Gesichtspunkt ablehnen könnten.

Damit spricht Reimann ein **Problem an, das die hormonelle Kontra- und Interzeption seit Jahrzehnten begleitet** und sich wie ein **roter Faden durch ihre Geschichte zieht**. Man erinnere sich an Christopher Tietze von Planned Parenthood und Population Council. Er hatte 1964 beim Population Council Symposium als Public Relation-List vorgeschlagen: man solle

»... solche Leute nicht beunruhigen, für welche diese Frage [erg.: nach einer möglichen frühabtreibenden Wirkung von Mitteln der Geburtenregelung] eine grössere Bedeutung habe«...¹⁰⁷

*»Tietze fügte noch hinzu, dass **Theologen und Juristen immer den vorherrschenden biologischen und medizinischen Konsens ihrer Zeit als gegeben angenommen hätten und, falls sich ein **medizinischer Konsens entwickle und beibehalten** werde, dass **die Schwangerschaft, und damit das Leben, mit der Einnistung beginne**, unsere Brüder der anderen Fakultäten schliesslich auf uns hören werden.**«¹⁰⁸*

Man achte darauf, dass laut der Formulierung von Tietze nicht nur der Beginn der Schwangerschaft mit der Einnistung beginnen sollte, sondern auch der Beginn des Lebens! *Diese Dreistigkeit* hat sich bis heute jedoch nicht durchsetzen können. Es bleibt zu hoffen, dass uns diese durch die Erkenntnisse in der IVF-Technologie erspart bleiben, da genau dort die Befruchtung der Ei- durch eine Samenzelle als entscheidendes Ziel angestrebt wird, eben weil dadurch neues Leben mit seiner Immanenz entsteht. Es wird einem Reproduktionsmediziner wohl kaum einfallen, Ei- und Samenzellen getrennt – d.h. ohne vorherige Befruchtung - zur Einnistung in den Uterus einbringen zu wollen, da dies nicht von Erfolg gekrönt sein könnte.

Zum Konzept von Tietze passt auch, dass neuerdings sogar LNG als allein ovulationshemmend definiert wird, obwohl die frühere Literatur dagegen spricht.

Dass LNG nicht nur ovulationshemmend ist, bestätigen folgende Zitate:

¹⁰⁶ REIMANN, A.L.G. 2013 (Hervorh. RE).

¹⁰⁷ www.all.org/article.php?Id=10678; »At the 1964 Population Council symposium, Dr. Samuel Wishik pointed out that acceptance or rejection of birth control would depend on whether it caused an early abortion. Dr. Tietze, of Planned Parenthood and the Population Council suggested, as a public relations ploy, ›not to disturb those people for whom this is a question of major importance.«

¹⁰⁸ EBD. »Tietze added that *theologians and jurists have always taken the prevailing biological and medical consensus of their times as factual*, and that »if a medical consensus develops and is maintained that pregnancy, and therefore life, begins at implantation, eventually our brethren from the other faculties will listen.« (Hervorh. RE)

»Levonorgestrel ... wirkt auf vielen Ebenen kontrazeptiv. [...] Die kontrazeptive Wirkung von Levonorgestrel wird auch dadurch bestätigt, dass es eine Schwangerschaft durch Beeinflussung von Endometrium/Blastozysten unterbrechen kann.«

»Die fertilitätshemmenden Wirkungen von Levonorgestrel werden weiterhin durch seine Fähigkeit, durch Störung des Endometriums/der Blastozyste eine bestehende Schwangerschaft zu unterbrechen, bestätigt.«¹⁰⁹

Und sogar die Vertreiberfirma für »Plan B« (LNG-haltige ‚Pille danach‘) schreibt in ihrer eigenen Informationsbroschüre zur Wirkungsweise des Präparates:

»Zusätzlich kann es die Einnistung verhindern (durch Veränderung des Endometriums).«¹¹⁰

Zu NorLevo[®] Uno noch ein Zitat der Kreapharma:

»Wir denken allerdings, dass es sich im Vergleich mit den klassischen Abbrüchen, die nach mehreren Wochen oder Monaten der Schwangerschaft durchgeführt werden, „eher nicht um einen Schwangerschaftsabbruch“ handelt oder **nur um einen „sehr, sehr schwachen“**.«¹¹¹

Dies ist wahrlich eine groteske Umschreibung eines so wichtigen Tatbestandes wie dem Schwangerschaftsabbruch, auch wenn es sich „nur“ um eine Nidationshemmung handelt. Das Leben eines Embryos steht dabei gleichermassen auf dem Spiel.

Die angesprochene semantische Problematik war schon 1959 bei einem Planned Parenthood und Population Council Symposium¹¹² ein Thema. Solche Überlegungen u.a. bereiteten die Verlautbarung der ACOG (American College of Obstetrics and Gynaecology, grösste amerikanische Gynäkologinnenvereinigung) von **1965** vor: »**Konzeption ist die Einnistung einer befruchteten Eizelle**«. ¹¹³ Damit »beginnt« die Schwangerschaft nicht mehr – wie bisher – bei der Befruchtung, sondern bei der Einnistung des Embryos im Endometrium. Demzufolge ist der Zeitraum zwischen Befruchtung und Einnistung absolut schutzlos, der Embryo ist zur beliebigen Vernichtung freigegeben!

Dieser Definition sind Ärztesellschaften und viele Gesetzgeber gefolgt, wie das Beispiel Deutschland zeigt.¹¹⁴ Dabei hat sich durch die Einnistung genetisch nichts verändert, es handelt sich um den gleichen Embryo wie nach der Befruchtung, mit der das Leben biologisch beginnt! Das Wesentliche ist der Beginn dieses menschlichen Lebens und nicht ein willkürlich festgelegter Beginn der Schwangerschaft.

Seinerzeit war der nidationshemmende Wirkmechanismus der Spirale der hauptsächliche Grund für diese semantische Umdefinition des Schwangerschaftsbeginns. Dann waren es die

¹⁰⁹ CORBIN, A./M. GAST, 1998.

¹¹⁰ GEDEON RICHTER Ltd., 2009: »In addition, it may inhibit implantation (by altering the endometrium).«

¹¹¹ <http://www.kreapharma.ch/gesundheit/verhuetung/pille-danach.htm> (Hervorh. RE)

¹¹² PRO-LIFE PHYSICIANS: »With biology such a stubborn thing, pill promoters turned to semantics for a solution. Swedish researcher Bent Boving, at a 1959 Planned Parenthood/Population Council symposium, noted that: »Whether eventual control of implantation can be reserved the social advantage of being considered to prevent conception rather than to destroy an established pregnancy could depend upon something so simple as a prudent habit of speech.«

¹¹³ ACOG, 1965: »**CONCEPTION IS THE IMPLANTATION OF A FERTILIZED OVUM**«

POST-CONCEPTIVE CONTRACEPTION

POST-CONCEPTIVE FERTILITY CONTROL.

Diese Verlautbarung der ACOG war die Reaktion auf folgende Publikation des U.S. Department of Health, Education and Welfare von **1963**. Abtreibung: »**Massnahmen, welche die Lebensfähigkeit der Zygote zwischen Befruchtung und Geburt beeinträchtigen**«

(ABORTION: »**ALL MEASURES WHICH IMPAIR THE VIABILITY OF THE ZYGOTE AT ANY TIME BETWEEN THE INSTANT OF FERTILIZATION AND THE COMPLETION OF LABOR**«).

¹¹⁴ So heisst es in § 218, Abs. 1, Satz 2, StGB (deutsches Strafgesetzbuch): »Handlungen, deren Wirkung vor Abschluss der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.« www.gesetze-im-internet.de/stgb/_218.html

sogenannten Ovulationshemmer. Und heute sind es die modernen ›Pillen danach‹ in Form von UPA und LNG, bei denen man aus interessegeleiteter Motivation heraus selbst die nidationshemmende Wirkung leugnet, obschon diese wissenschaftlich zweifelsfrei belegt ist. *Dies ist als dreist zu bezeichnen!*

Bioethiker Tham et al. formulieren diese Entwicklung wie folgt:

»Die Resultate der Studie zeigen, dass die aktuelle Forschung im Bereich der Geburtenkontrolle hauptsächlich auf Produkte mit einem abortiven Effekt gerichtet ist und auch in der internationalen Literatur versucht wird, die öffentliche Meinung zu veranlassen, diese zu akzeptieren, indem der ›Abtreibungs‹-Aspekt verschleiert oder verwirrt dargestellt wird. In einer Situation wie dieser ist die Übereinstimmung von semantischer und wissenschaftlicher Wirklichkeit notwendiger denn je, andernfalls die Menschen zum Opfer der Manipulation werden, während sie denken, sie seien frei.«¹¹⁵

Wenn man nun die zitierten Äusserungen von Rabe et al. genauer analysiert und mit der neueren Literatur vergleicht, so erkennt man, dass zwischen 2009 und 2013 sich wissenschaftlich nichts grundlegend Neues ereignet hat, das gegen eine Nidationshemmung von UPA spräche. Im Gegenteil, die meisten Autoren bestätigen nebst der ovulationshemmenden auch die nidationshemmende Wirkungsweise von UPA!

Es ist auch kaum anzunehmen, dass die Publikation zur »Neuzulassung von Ulipristalacetat zur Notfallkontrazeption« aus dem Jahre 2009 – nach zehnjähriger Forschung – dermassen unfundiert gewesen war, dass sie nach zwei Jahren (2011) schon ins Gegenteil hätte verkehrt werden müssen. Vielmehr ist sie 3 Jahre später durch das Zitat vom 1. Februar 2012 nochmals bekräftigt worden.

So muss man insbesondere davon ausgehen, dass Rabe et al. sich der nidationshemmenden Wirkung von UPA sehr wohl bewusst waren¹¹⁶, als sie die Äusserungen zur ausschliesslich ovulationshemmenden Wirkungsweise dieses Pharmakons publizierten.¹¹⁷ Somit kommt man nicht umhin, dieselben als bewusste Täuschung – in diesem Zusammenhang von Kardinal Meisner und der gesamten deutschen Bischofskonferenz – zu interpretieren, ganz im Sinne der Äusserungen von Christopher Tietze 1964. Auf dieser Linie liegt auch die neuerliche Behauptung, dass die LNG-haltige »Pille danach« ebenfalls rein ovulationshemmend sei.

Dies ist umso schwerwiegender, als sich diese **semantischen** Verrenkungen **nicht einfach nur auf leblose Materie** beziehen, sondern auf das **Sein oder Nichtsein von ungeborenem menschlichen Leben!**

Treffend äussert sich Mitchell zu dieser Problematik gerade auch im Hinblick auf UPA: *»Semantics Don't Change Truth«¹¹⁸ = »Begriffsumdeutungen ändern an der Wahrheit nichts.«* Denn der Beginn des menschlichen Lebens und der Schwangerschaft mit der Befruchtung bleibt trotz dieser Semantik als Wahrheit bestehen!

Aber gefährlich für die Menschen ist sie allemal, wie der bald schon geflügelte Ausspruch von Bernard Nathanson¹¹⁹ zeigt: *»Verbal engineering always precedes social engineering«.*

¹¹⁵ THAM J./LC, B.SC., B. PHIL./B.THEO, 2008. *»The results of the study show that the current research in the field of birth control is mainly directed towards products with an abortifacient action and that there is an attempt, also by the international literature, to make the public opinion accept them, by disguising or mystifying the 'abortion' aspect. In a situation like this semantic and scientific reality is more necessary than ever, otherwise people can be subject to manipulation while they think they are free.«* (op. Cit. 900); Hervorh. RE.

¹¹⁶ RABE, T. ET AL., 2009.

¹¹⁷ ALBRING, C./T. RABE, 24.01.2013 (s. auch ganze Verlautbarung von BVF und DGGEF, S. 7; sowie: RABE, T. (FEDERFÜHREND) ET AL., *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011).

¹¹⁸ MITCHELL, E., 2010.

¹¹⁹ www.pro-leben.de/abtr/taktiken_nathanson.php

»Dr. Bernard Nathanson gründete 1968 mit 3 anderen die ›NARAL‹ (National Abortion Rights Action League). NARAL war die erste Bewegung für Abtreibung in den USA und sie war es auch, die den Prozess

Übersetzt: »Die Manipulation der Sprache geht immer der sozialen Manipulation voraus.«

Den besten Beweis für die Tatsache der Nidationshemmung von UPA liefern jedoch Rabe et al. sowie Albring als Vertreter des BVF und der DGGEF, indem sie ihre Behauptungen gleich selbst widerlegen, nämlich die Behauptungen der ausschliesslich ovulationshemmenden Wirkung von UPA.

Was diesen neuerlichen Widerspruch noch unverständlicher macht, ist der Umstand, dass er nicht einmal mehr durch die Umdefinition der ACOG von 1965 nachvollziehbar und erklärbar ist, wodurch er noch willkürlicher und unglaubwürdiger erscheint! Wobei wir uns allerdings mit der Umdeutung der ACOG gleichermassen nicht einverstanden erklären können!

5.5. Pharmaindustrie und Interessengruppen

Zur **Verknüpfung von Pharmaindustrie und Interessengruppen** bezüglich »Pille danach« ist im Deutschen Ärzteblatt nachzulesen¹²⁰:

*»Es gibt zahlreiche, gut fundierte wissenschaftliche Arbeiten, die sehr wohl nachweisen, dass die Ovulationshemmung bzw. Verschiebung nicht alleine die Wirkung erzielen, sondern eine Nidationshemmung hinzukommt. Daß entgegen jedem wissenschaftlichem Wissen hier undifferenzierte Behauptungen aufgestellt werden, ist schwer verständlich. Leichter verständlich jedoch wird es, wenn man das **Interesse einzelner ideologischer Gruppierungen und der Hersteller berücksichtigt**, jede ethische Diskussion zu umschiffen und möglichst viele »Pillen danach« unbedenklich abzusetzen. Daher sind es neben ideologisch-politischen Gruppierungen auch die Hersteller, die gegen die Rezeptpflicht dieser hochdosierten Hormonpräparate angehen und zu den offiziellen Sponsoren z.B. der DGGEF gehören (dt. Gesellschaft für Gynäkologie, Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, auf die die DGGG verweist). Gegen solche Verbindungen zwischen Interessen der Pharmaindustrie und medizinischen Empfehlung geht das Dt. Ärzteblatt an anderen Stellen dankenswerterweise konsequent vor - es ist in der Tat wichtig, Verbindungen von Pharmaindustrie zu medizinischen Empfehlungen offenzulegen.«¹²¹*

Dem ist nichts hinzuzufügen!

5.6. UPA lebensfeindlich

Mit bestem Wissen und Gewissen kann aufgrund der wissenschaftlichen Fakten festgehalten werden: **UPA ist lebensfeindlich, durch**

- **Ovulationshemmung = Leben verhindernd**
- **Nidationshemmung = Leben vernichtend**
- **Potentielle Embryoschädigung***

* Bezüglich Ovulationsverschiebung mit dann später erfolgender Ovulation kann bei dann stattfindendem ungeschütztem GV und allfälliger Befruchtung der Eizelle ein erhöhtes

Roe vs. Wade vor dem obersten Gerichtshof finanzierte und dadurch die Legalisierung der Abtreibung erzwang. ... Als Gründer und Leiter der grössten Abtreibungsklinik der westlichen Welt, war Dr. Nathanson für über 75.000 tote Babys verantwortlich. Nachdem Lebensrechtler jahrelang vor seiner Klinik protestiert hatten, beendete Nathanson seine »Abtreiber-Karriere« und wurde schliesslich ein engagierter Pro-Lifer. Bei seinem Übertritt in die Pro-Life Movement brachte er zahlreiche interne Dokumente von NARAL mit. Darunter den weitverbreiteten Film: »Der stumme Schrei«, auf dem eine Abtreibung gefilmt wird.«

¹²⁰ Der Artikel von 2008 von Kothé Blanka behandelt nur die LNG-haltige »Pille danach«, aber das Erscheinungsdatum des Kommentars 2013 von Rowik spricht dafür, dass der Autor damit auch Ulipristal meint. Dafür sprechen auch die in der Folge des zitierten Kommentars angeführten Literaturangaben, die praktisch ausschliesslich UPA betreffen.

¹²¹ AERZTEBLATT.DE, ROWIK am Dienstag, 26. März 2013 um 13:21, Gegendarstellung-berichtigung und ergänzung. Kommentar zum Print-Artikel von Kothé Blanka, **Notfall-Kontrazeption: was man zur »Pille danach« wissen sollte** aus Dtsch. Aerztebl 2008; 105(19) vom Freitag 9. Mai 2008.

Schädigungs-Risiko für das Kind nicht ausgeschlossen werden (im Gefolge des verabreichten UPA!).

5.7. Moraltheologischer Aspekt

Tham et al. lassen keinen Zweifel aus moraltheologischer Sicht:

*»...Wenn nach adäquater Abklärung kein Hinweis besteht, dass die Konzeption bereits erfolgt ist, kann mit Medikamenten behandelt werden, die den **Eisprung, die Spermienkapazitation oder Befruchtung verhindern**. Es ist **hingegen nicht erlaubt, Behandlungen einzuleiten oder zu empfehlen, die zum Ziel oder als unmittelbare Wirkung die Entfernung, Vernichtung oder Behinderung der Einnistung einer befruchteten Eizelle haben.**«¹²²*

Wer nach diesen Ausführungen noch den geringsten Zweifel an der ebenfalls nidationshemmenden Wirkung von UPA mit deren Folgen hat, möge sich an die Aussage von Laun halten:

»Auch die Möglichkeit einer solchen Wirkung führt bereits zu einem kategorischen Nein auf der Ebene der Moral« ... »Wenn das [die Nidationshemmung, Anm. RE] aber auch nur möglicherweise so ist, dann müsste jeder, der die Verhütung als Mittel im Kampf gegen die Abtreibung propagiert, mindestens mit gleicher Intensität gegen alle abortiven ›Verhütungs- Mittel auftreten.«¹²³

5.8. Zukunft der ‚emergency contraception‘

Einen interessanten Ausblick auf die Zukunft der Notfallkontrazeption geben Kristina Gemzell-Danielsson et al. in ihrem bereits zitierten Artikel.

Sie sieht diesbezüglich nicht besser aus, wie folgendes Zitat zeigt:

*»Zusammengefasst besteht immer noch die Notwendigkeit, effektivere Methoden der Notfallkontrazeption zu entwickeln. Um die höchste Wirksamkeit zu gewährleisten und das ganze Fertilitätsfenster abzudecken, **müssen die idealen Wirkstoffe auch das Endometrium einbeziehen und je nach Bedarf sowohl prä- wie auch postkoital anwendbar sein.**«¹²⁴*

Hier wird das Endometrium explizit als Zielorgan der künftigen Forschung für prä- und postkonzeptionelle Methoden benannt, was wiederum zweifellos die Nidationshemmung beinhaltet und auf diese abstellt. Gemzell meint vermutlich mit Einbeziehung des Endometriums u.a. speziell die immunpharmakologische und molekularbiologische Forschung, wie schon von Miech und Stratton et al. angetönt.

So liegt auch UPA genau auf der Ziellinie von Gemzell-Danielsson, die Forschung soll aber offenbar noch perfektere Resultate liefern! Ob sie indessen je ohne Nidationshemmung auskommen wird, bleibt zu bezweifeln.

¹²² J. THAM, J., B. PHIL., B. THEO., 2001:

*»...If, after appropriate testing, there is no evidence that conception has occurred already, she may be treated with medications that would prevent ovulation, sperm capacitation, or fertilization. It is **not permissible, however, to initiate or to recommend treatments that have as their purpose or direct effect the removal, destruction, or interference with the implantation of a fertilized ovum.**« (Hervorh. RE)*

¹²³ LAUN, A., 1991.

¹²⁴ GEMZELL-DANIELSSON, K., ET AL., aaO:

*»Taken together, there is still a need to develop more effective EC methods. To ensure the highest efficacy and to cover the entire window of fertility, **the ideal agents for EC also need to target the endometrium and should be possible to use on demand pre- or postcoitally.**« [Hervorh. RE]*

5.9 . Update zur nidationshemmenden Wirkung der Pille danach

Im Zusammenhang mit den Ereignissen des letzten Jahres bezüglich der ‚Pille danach‘ zeichnet sich ein Trend ab, der nach einem Kommentar verlangt.

Es zeigt sich mittlerweile, dass die Behauptung der rein ovulationshemmenden Wirkung von Norlevo® (LNG) und ellaOne® (UPA) sowie auch der Hormonspiralen Mirena® und Jaydess® (beide LNG) weitere und immer grössere Kreise zieht. So hat die AIFA (Agenzia italiana del farmaco = Italienische Arzneimittelbehörde) in einer Verlautbarung¹²⁵ erlaubt, nachfolgende Formulierung aus dem Beipackzettel der LNG-haltigen ‚Pille danach‘ zu streichen: „Das Arzneimittel kann auch die Einnistung des befruchteten Eis verhindern“, was bedeutet, dass der Embryo am Weiterleben und an seiner -entwicklung gehindert wird. Im Text des Beipackzettels wird lediglich noch belassen: „Hemmt oder verzögert die Ovulation“.

Dagegen reagierten fünf katholische Organisationen¹²⁶ mit einer Einsprache beim TAR (Tribunale Amministrativo Regionale = Regionales Verwaltungsgericht) Latium. Die AMCI¹²⁷ (ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI = Vereinigung der Katholischen Ärzte Italiens) verweist am 21. Februar 2014 auf die Unvereinbarkeit der Beschlussfassung der AIFA mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich *Levonorgestrel* in der Internationalen Literatur und bezeichnet das Vorgehen als eine unstatthafte Manipulation! In einem Beipackzettel müssten mindestens das abortive Potential des Pharmakons und die dazugehörigen Implikationen ethischer, wissenschaftlicher Natur und therapeutischem Nutzen obligatorisch berücksichtigt werden. Sie verlangt eine sofortige wissenschaftliche Überprüfung der Angelegenheit durch die Kontrollorgane!

Eine Übersichtsarbeit über die Wirkungsweise von Plan B (LNG-haltige Pille danach in den USA)¹²⁸ kommt überdies zum Schluss, dass der primäre Wirkmechanismus von präovulatorisch - im fruchtbaren Zeitfenster - verabreichtem LNG überwiegend postovulatorsich zur Wirkung kommt, nämlich durch die Nidationshemmung.

Bezüglich ellaOne® (UPA) bestätigt eine kürzlich erschienene Arbeit von Mozzanega et al¹²⁹ ebenfalls eindeutig den nidationshemmenden Charakter des Präparates, mit dem Nachweis der Nidationshemmung als Hauptwirkung.

Die Behauptung der rein ovulationshemmenden Wirkung diverser Notfall- und anderer Kontrazeptiva scheint System zu haben, denn sie wird zunehmend weltweit verbreitet, ohne dass sie wissenschaftlichen Bestand hat. Die weiter oben bereits zitierte Vermutung, dass dem vor allem wirtschaftliche Interessen zugrunde liegen, die insbesondere den südamerikanischen Markt¹³⁰ betreffen, dürfte in diesem Licht an Bedeutung gewinnen.

¹²⁵ 17.12.2013, publiziert am 4.2.2014 in der Gazzetta Ufficiale.

¹²⁶ L'Associazione giuristi per la vita, l'Unione cattolica farmacisti italiani, il Forum delle associazioni familiari, l'Associazione italiana ginecologi e ostetrici cattolici e l'Associazione Pro Vita.

¹²⁷ COMUNICATO AMCI (ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI),

Roma 21 febbraio 2014, Prof. Filippo M. Boscia, Presidente Nazionale AMCI e Direttivo Nazionale.

¹²⁸ The State of the Science: Why Catholic Hospitals Should Not Dispense Plan B, By Patrick Yeung Jr., M.D. and Donna Harrison, M.D.

By Kathleen Berchelmann M.D. on May 1st, 2013.

<http://www.catholicpediatrics.com/articles/state-science-why-catholic-hospitals-should-not-dispense-plan-b-patrick-yeung-jr-md-and>

¹²⁹ MOZZANEGA, B., S. GIZZO, ST. DI GANGI, E. COSMI, G.B. NARDELLI, 2014

¹³⁰ REIMANN, A.L.G., 2013.

FAZIT

Abschliessend kann festgehalten werden, dass **kein Zweifel an der auch nidationshemmenden Wirkungsweise von UPA und LNG bestehen dürfte!**
Es gibt bis anhin keine ‚Pille danach‘, die ausschliesslich ovulationshemmend wirkt!

Leider wurden Kardinal Meisner und die deutschen Bischöfe diesbezüglich falsch informiert.

Die Verfechter eines Zeitfensters zur risikolosen Verabreichung von UPA müssen ebenfalls enttäuscht werden, da u.a. auch nach den Kriterien der NER ein solches nicht mit gutem Gewissen bestimmt werden kann. Es bestehen zu viele Unwägbarkeiten, die das Risiko der Nidationshemmung nie eigentlich ausschliessen lassen.

Aufgrund dieser klaren wissenschaftlichen Sachverhalte einerseits und nicht zuletzt der Widersprüchlichkeit von Aussagen seitens gewisser Fachverbände wie BVF und DGGEF, insbesondere von Prof. Rabe und Dr. Albring, sowie des Zugeständnisses der nidationshemmenden Wirkung von UPA durch die Hersteller- und Verrtreiberfirmen HRA- und Watson-Pharma selbst andererseits, wird man es auch kaum vermeiden können, Büchners Schlussfolgerung zuzustimmen:

»Solche Erkenntnisse begründen den Verdacht, dass die neuen Veröffentlichungen zur Wirkungsweise der beiden ›Pillen danach‹ durch ein interessengeleitetes Vorgehen beeinflusst sein könnten. Die katholische Kirche sollte ihnen deshalb mit größter Zurückhaltung begegnen und den Rat kompetenter, unabhängiger Wissenschaftler ihres Vertrauens einholen, ehe sie sich zur Wirkungsweise der ›Pillen danach‹ und den gebotenen Konsequenzen erneut äußert. Würde die Kirche den neuen Stimmen in der Wissenschaft vorschnell Glauben schenken, wäre ihr bisheriger Widerstand gegen die ›Pille danach‹ gebrochen und deren weltweiter Siegeszug zur Freude der Pharmaindustrie sowie der Abtreibungs- und Verhütungslobby nicht mehr aufzuhalten.«¹³¹

¹³¹ B. BÜCHNER, aaO; Hervorhebungen RE.

Literaturverzeichnis

- ACOG (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY) 1965, in: ACOG TERMINOLOGY BULLETIN, »Terms Used in Reference to the Fetus«, Chicago, American College of Obstetrics and Gynecology, No. 1, September 1965; (zit. n. www.all.org/newsroom_judieblog.php?id=2219).
- ADVISORY COMMITTEE FOR REPRODUCTIVE HEALTH DRUGS, 2010: HRA-PHARMA, Background Document for Meeting of Advisory Committee for Reproductive Health Drugs (June 17, 2010), NDA 22-474. Ulipristal Acetate (Proposed trade name: ELLA), Prepared by the Division of Reproductive and Urologic Products Office of New Drugs Center for Drug Evaluation and Research Food and Drug Administration. HRA-Pharma zu UPA (20100617-ACRHD-B1-02-BoehringerIngelheim).pdf
- ARZNEIMITTELKOMMISSION DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT (AkdÄ), Ellaone® (Ulipristalacetat).
- BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/pille-danach-arzneimittelstreit-um-die-notfallverhuetung-1983357.html>
- BENAGIANO, G./H. VON HERTZEN, Publ. Online January 29, 2010: *Comments. Towards more effective emergency contraception?*, in: www.thelancet.com Vol 375 February 13, 2010.
- BRACHE, V. ET AL., *Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture*, in: *Hum Reprod* 2010; 25(9): 2256-63.
- BÜCHNER, BERNWARD: *Kirche und Wissenschaft in der Diskussion um die »Pille danach«*, 14.2.2013; (online: www.kath.net/news/40089).
- CORBIN, ALAN/MICHAEL GAST, *Das präklinische pharmakologische Profil von Levonorgestrel*, in: TEICHMANN, A./A. CORBIN, *Levonorgestrel*, Stuttgart/New York 1998, S. 7–24.
- DÖRFLER, DANIELA: *Notfallkontrazeption – Stand 2012*, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien.
- EHMANN, RUDOLF, *Die lebenserstörende Wirkung der Antibabypille*, in: *Verfügungsmasse Mensch (IDEA-Dokumentation)*, Wetzlar 2010.
- GEDEON RICHTER LTD., Budapest, Hungary for Duramed Pharmaceuticals, Inc. Subsidiary of Barr Pharmaceuticals, Inc. Pomona, New York 10970. July 2009.
- GEMZELL-DANIELSSON, K./ C. BERGER/P.G.L. LALITKUMAR, *Emergency contraception – mechanisms of action*, in: *Contraception*, Volume 87, Issue 3, Pages 300–308, March 2013.
- GLASIER, A.F., S.T. CAMERON/P.M. FINE ET AL.: *Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis*, in: *Lancet* 2010, 375:555–62.
- HINNEY, BERND, *Die Pille »danach«*, in: *Arzneiverordnung in der Praxis*, Band 37, Mai 2010 (<http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Archiv/20103.pdf>).
- HLI SCHWEIZ, eigene Berechnung, nicht veröffentlicht; basierend auf:
- 1) www.nzzglobal.ch/nzz/forms/page.htm;
 - 2) www.sonntagaz.ch/pages/index.cfm?dom=152&rub=100212531&arub=100212531&orub=100212531&osrub=100212531&Artikel_I...
 - 3) www.swissdox.ch/cgi-bin/search/restricted/local_login.de.cgi?cgi_env=/cgi-bin/cqcg_i_703_5/@rw_sd_set3_v2.de.env&CQ_SESSI...
- HULDI, H./J. KUNZ, G. SPOLETINI, Mifepriston, in: *pharma-kritik* Jahrgang 15, Nummer 14, PK516, 1993. d.ch/pk_template.php?pkid=516
- IMABE (Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Wien), *»Pille danach«: Neues Präparat ellaOne wirkt ähnlich wie Abtreibungspille*, Februar 2010 (www.imabe.org/index.php?id=1366).
- KARBOWSKI, B./E. VOLLMER/H.P.G. SCHNEIDER, *Licht- und Elektronenmikroskopie der Steroid-Rezeptoren in Tube und Uterus*, in: *Archives of Gynecology and Obstetrics*, December 1993, Volume 254, Issue 1–4, pp 188–189.
- KAULEN, H.: *Pille danach – Arzneimittelstreit um die »Notfallverhütung«*, in: *FAZ* 13.05.2010.
- KEENAN, J.A.: *Ulipristal Acetate: Contraceptive or Contraceptive?*, in: *Ann Pharmacother* June 2011 45:813-815.
- KOTHÉ BLANKA, *Notfall-Kontrazeption: was man zur »Pille danach« wissen sollte*, in: *Dtsch. Aertztebl* 2008; 105(19) vom Freitag 9. Mai 2008. Artikel kommentiert in *AERZTEBLATT.DE*, ROWIK am Dienstag, 26. März 2013 um 13:21, gegendarstellung-berichtigung und ergänzung.

KUHL, H./C. JUNG-HOFFMAN, Kontrazeption, Stuttgart/New York, 2. Aufl. 1999.

LALITKUMAR, P.G.L./S. LALITKUMAR/C.X. MENG/A. STAVREUS-EVERS/F. HAMBILIKI/U. BENTIN-LEY AND/K. GEMZELL-DANIELSSON: *Mifepristone, but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to an in vitro endometrial three-dimensional cell culture model*, in: *Human Reproduction* Vol.22, No.11 pp. 3031–3037, 2007.

LAUN, ANDREAS: *Das Kind, Zur Abtreibung in Österreich* (1991), Gebetsaktion Medjugorje, Wien.

LEIDENBERGER, FREIMUT A. /THOMAS STROWITZKI/OLAF ORTMANN, *Klinische Endokrinologie für Frauenärzte*, Springer Berlin, 4. Aufl. 2009. ISBN: 978-3-540-89759-0.

MIECH, R.P.: »*Immunopharmacology of ulipristal as an emergency contraceptive*«, in: *International Journal of Women's health*, 2011:3, 391–397.

MITCHELL, E., *Semantics Don't Change Truth: The social motivations behind new definitions*, November 10, 2010 (www.answersingenesis.org/articles/aid/v5/n1/semantics-and-truth).

MOZZANEGA, B., S.GIZZO, ST DI GANGI, E. COSMI, G.B. NARDELLI, *ULIPRISTAL ACETATE: CRITICAL REVIEW ABOUT ENDOMETRIAL AND OVULATORY EFFECTS IN EMERGENCY CONTRACEPTION*, in: *REPRODUCTIVE SCIENCES PUBLISHED ONLINE* 18 JANUARY 2014

MUTSCHLER, E./G. GEISSLINGER/H: KROEMER/P. RUTH/M. SCHÄFER-KORTING: *Mutschler Arzneimittelwirkungen kompakt. Basiswissen Pharmakologie und Toxikologie*, Stuttgart 2005, S. 218.

NALLASAMY, S. ET AL.: *Ulipristal Blocks Ovulation by Inhibiting Progesterone Receptor-Dependent Pathways Intrinsic to the Ovary*, in: *Reproductive Sciences*, April 2013; vol. 20, 4: pp. 371–381.

Notfallkontrazeption – ein Update, Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V. – Update vom 4.2.2013.

PIAGGIO, G./HELENA VON HERTZEN. *Ulipristal acetate for emergency contraception?*, in: *The Lancet*, Volume 375, Issue 9726, Pages 1607–1608, 8 May 2010:

RABE, THOMAS (DGGEF e.V.)/CHRISTIAN ALBRING (BVF e.V.), *Notfallkontrazeption – ein Update*, Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V. – Update vom 4.2.2013.

RABE, THOMAS, HANS-JOACHIM AHRENDT, Klaus König 2), Michael Ludwig1), Maren Goeckenjan, Elisabeth Merkle und Hans-Peter Zahradnik (Arbeitskreis „Postkoitale Kontrazeption“), *Postkoitale Kontrazeption, Neuzulassung von Ulipristalacetat zur Notfallkontrazeption*, in: „gyne September 2009.

RABE, THOMAS. (federführend) zusammen mit dem ARBEITSKREIS „POSTKOITALE KONTRAZEPTION“, M. GOECKENJAN/H.-J. AHRENDT/M. LUDWIG/E. MERKLE/K. KÖNIG/G. MERKI-FELD/C. ALBRING, *Postkoitale Kontrazeption – Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V.*, in: *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011; 8 (6), 390-414.

RABE, THOMAS, www.endokrinologie.net/presse_130410.php Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Hormone und Stoffwechsel, 10.04.13, **Neuer Standard bei der »Pille danach«: Ulipristalacetat. Endokrinologen raten von Fernbehandlung via Internet ab**

RAYMOND, E.G./J. TRUSSELL, C.B. POLIS, *Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review*, in: *Obstet Gynecol* 2007; 109: 181–88.

REIMANN, A.L.G.: *Kann bei Anwendung der »Pille danach« davon ausgegangen werden, daß die angestrebte Wirkung durch einen kontrazeptiven und nicht durch einen nidationsverhindernden Wirkungsmechanismus erreicht wird?*, in: *Stellungnahme – Version 1.1, Stand 9.2.2013*.

RELLA, WALTER, *Neue Erkenntnisse über die Wirkungsweise der »Pille danach«*, in: *Imago Hominis* (2008), Band 15, Heft 2, 121–129.

RÖTZER, J./E. RÖTZER, *Die Frau und ihr persönlicher Zyklus. Von der Vorpubertät bis in die Wechseljahre*. 2. überarb. Aufl. 2010, S. 27.

SARKAR, NARENDRA NATH: *The state-of-the-art of emergency contraception with the cutting edge drug Stand der Wissenschaft und Technik bei der Notfall-Kontrazeption mit innovativen Arzneimitteln*, in: *GMS German Medical Science* 2011, Vol. 9, ISSN 1612-3174. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141844/>)

SPANIER, B. 25.11.2010, *Grundlagen der Regulation nutritiver Prozesse, WS 2010/2011, Gonadotropine – Sexualhormone, Manipulation der Regulation in der Medizin/Pharmakologie, »Pille danach«*

STRATTON, PAMELA ET AL.: *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914*, in: *Fertil Steril* 2010; 93: 2035–204.

TAUBERT, HANS-DIETER/HERBERT KUHL: *Kontrazeption mit Hormonen*, Stuttgart/New York, 1. Aufl. 1981.

THAM, J./B. PHIL., B. THEO. USCCB »*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*«, 4th edition (NCCB / USCC, June 15, 2001), no. 36, – Bioethics Summer Course 2008.

THAM, J./LC, B.SC., B. PHIL./B.THEO: *Abortifacient effect: Statistical extrapolation*, Bioethics Summer Course 2008. (op. Cit. 900).

WATSON-PHARMA: *The Power to Keep Them Apart*, USA , 2011 (www.ella-rx.com/pdf/ella_DigitalLeavebehind.pdf), s. auch: <http://www.ella-rx.com/hcp/hcpmoa.asp>

WILCOX A.J./C.R. WEINBERG/D.D. BAIRD: *Timing of sexual intercourse in relation to ovulation*, in: New Engl. J. Med. 333, 1517–1521, 1995.

Kleines Glossar

LNG	Levonorgestrel
UPA	Ulipristal Acetat = CDB- 2914
RU 486	Mifegyne / Mifepriston = Abtreibungspille
SPRM	Selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator
PR	Progesteron-Rezeptor
EE2	Ethinylestradiol, das am häufigsten in Ovulationshemmern verwendete synthetische Östrogen
OH	Ovulationshemmung
V	Verschiebung der Ovulation
LH	Luteinisierendes Hormon
LUF	»luteinized unruptured follicle« = in Gelbkörper umgewandelter, nicht gesprungener Follikel
US	Ultraschall
BTK	Basaltemperaturkurve

Zur Person

Dr. med. Rudolf Ehmann, Facharzt für Gynäkologie - Geburtshilfe FMH

1984 bis 2006 Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kantonsspitals Nidwalden, Stans (Schweiz).

Seit 2008 humanitäre Einsätze in einem Ordensspital (spanische Dominikanerinnen) in Kamerun mit Aufbau der Gynäkologie-Geburtshilfe und Ausbildung junger Ärzte/Ärztinnen.

2006 FIAMC-SILVER-AWARD in acknowledgement of his lifelong service to the genuine values of Obstetrics and Gynecology and of his strenuous defence of the sanctity of human life. (FIAMC: Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques)

Seit Jahren Beschäftigung mit bioethischen Fragen der Reproduktionsmedizin und Geburtenregelung, insbesondere der Abtreibung sowie Wirkungsweise und Nebenwirkungen, vor allem hormonaler Kontrazeptiva und IUD, mit entsprechenden Publikationen und internationalen Vorträgen.

Juni 2002 – März 2014 Mitglied der Bioethikkommission der Schweizer Bischofskonferenz (SBK)

Im Vorstand folgender Vereinigungen:

- Vizepräsident INER (Institut für Natürliche Empfängnisregelung Prof. Dr. med. Rötzer (INER) e.V.
- Europäische Ärzteaktion
- Vereinigung der Katholischen Ärzte der Schweiz (VKAS)
- Internationale Ärztevereinigung für Natürliche Familienplanung (IANFP)
- Human Life International Switzerland (HLI Switzerland - Gründer und 1. Präsident)
- Matercare International (Gründungsmitglied)

Tagung zum Thema „Innere Heilung“

Vergebung/von der Ablehnung zur Annahme

Prof. Dr. med. Helmut Renner, Luzern

Innere Heilung

Körperliche Wunden oder Verletzungen, ob äußerlich oder innerlich, nach Unfällen oder anderen Arten von Gewalteinwirkungen, sind sichtbar oder können erkannt werden, spätestens auf dem Autopsietisch. Ihre Versorgung und möglichst auch ihre Heilung ist Aufgabe der verschiedenen chirurgischen Disziplinen.

Innere Wunden oder Verletzungen sind unsichtbar. Sie entstehen durch Störung oder Zerstörung von Beziehungen und sind immer mit negativen Erinnerungen und negativen Gefühlen verbunden. Sie können nur geistlich geheilt werden, nicht durch ärztliche, somatische oder psychotherapeutische Medizin.

Aber: Sie können immer geheilt werden, noch zu Lebzeiten! Diese Heilung ist nur möglich durch Vergebung und Versöhnung. Dies ist (in meinen Augen) geistliche Medizin, ohne Risiken und ohne Nebenwirkungen!

Definition

Innere Heilung ist die Heilung von gestörten Beziehungen und der damit verbundenen negativen Erinnerungen und negativen Gefühle: Die Heilung von gestörten Beziehungen zu Mitmenschen, zu sich selbst oder zu Gott: Gestörte Beziehung zu einem Mitmenschen, also von Person 1 zu Person 2, oder gestörte Beziehung zu sich selbst, also Person 1 zu Person 1 oder gestörte Beziehung zu Gott, also Person 1 zu Gott. Innere Heilung ist die Heilung von gestörten Beziehungen bei Person 1 und bewirkt die Heilung von Person 1 durch die Heilung seiner Beziehungen.

Zunächst gelten meine Überlegungen den gestörten Beziehungen zu einem oder mehreren Mitmenschen, zu einer oder mehreren Personen, also um es der Einfachheit halber darzustellen, eine gestörte Beziehung von Person 1 zu Person 2.

Entstehung

Nun, wie entsteht so eine gestörte Beziehung zwischen 2 Menschen? Person 2 ist der Verursacher, der „Täter“. Die Liste der Möglichkeiten ist gross: Vielleicht nur etwas geringes: ein bissiges Wort; oder schon stärker: eine bössartige, verletzende Bemerkung; oder noch stärker: eine bewusste Beleidigung, Kränkung, Demütigung, Hintansetzung, Unterdrückung, Mobbing, erlittenes Unrecht, Schädigung, Bedrohung, Betrug oder andere strafbare Handlungen usw. usw: bis wahrscheinlich Schlimmsten, was einem angetan werden kann: Ermordung eines Angehörigen.

Folgen

Was sind die Folgen bei Person 1, dem „Opfer“? Die Folgen sind ausgesprochen negativ und destruktiv, und diese Folgen sind auf 2 Ebenen zu sehen, emotional und geistlich: emotional sind dies: Beleidigt sein, nachtragend sein, es entsteht Ärger, Groll, Zorn, bis zu Wut, oder gar Hass auf Person 2, den „Täter“. Und geistlich bewirkt dies bei Person 1, dem „Opfer“ eine Sünde: Diese negativen Gefühle gegenüber einem Mitmenschen trennen Person 1 von Gott, denn Gott will nicht, dass eines seiner Geschöpfe solche negativen Gefühle gegen ein anderes seiner Geschöpfe habe.

Heilung – gelingt nur durch Vergebung

Die Heilung dieser gestörten Beziehungen zwischen Person 1 und Person 2 und den daraus folgenden negativen und destruktiven Gefühlen bei Person 1 und der gestörten Beziehung von Person 1 zu Gott, diese Heilung gelingt nur durch Vergebung. Nicht-Vergeben bewirkt Un-Heil, macht krank; Vergeben bewirkt Heil, Heilung, macht gesund.

Vergebung

Klärung und Unterscheidung der Begriffe „Vergebung“ und „Versöhnung“

Zunächst gilt es einige Begriffe zu klären:

Was ist „Vergebung“ und was ist „Versöhnung“? Und was ist beim Thema „Schuld“ zu beachten?

Ich glaube in dieser Präzisierung liegt des "Pudelskern". Denn wegen dieser fehlenden Präzisierung, wegen dieser fehlenden Unterscheidung wird Vergebung zum Schaden der Betroffenen oft nicht gegeben, weil Vergebung mit Versöhnung gleichgesetzt wird und auch beim Bewerten der Schuld zunächst nicht beachtet wird, um wessen Schuld es sich eigentlich handelt.

Zunächst etwas Sprachliches: In der deutschen Sprache gibt es noch ein anderes Wort für „Vergebung“, das aber das Gleiche beinhaltet: Nämlich das Wort „Verzeihung“. Es sind unterschiedliche Worte für das gleiche Tun. Ich selbst bevorzuge das Wort „Vergebung“ in den folgenden Überlegungen und Ausführungen.

1. Als erstes müssen wir die Begriffe „Vergebung“ und „Versöhnung“ klar trennen.

„Vergebung“ und „Versöhnung“ sind zunächst zwei voneinander völlig getrennt zu sehende Aktivitäten. „Vergebung“ ist etwas anderes als „Versöhnung“!

„Vergebung“ und „Versöhnung“ muss man unterscheiden! Man muss die Begriffe scharf trennen!

Zu den Begriffen Vergebung und Versöhnung:

- Vergebung ist einseitig: Person 1 vergibt Person 2.
- Versöhnung ist wechselseitig, gegenseitig: Person 1 vergibt Person 2 und Person 2 vergibt – quasi im Gegenzug – Person 1.

Diese Begriffsklärung erscheint mir so wichtig, dass ich diese bewusst nochmals wiederhole: Vergebung ist einseitig: Person 1 vergibt Person 2. Ich betone nochmals: Vergebung ist nicht Versöhnung. Vergebung hat nicht einmal Versöhnung als Inhalt. Zur Vergebung ist Versöhnung zunächst nicht notwendig. Vergebung kann für sich alleine stehen.

Aber Vergebung ist ausbaufähig, steigerungsfähig. Die Steigerung der Vergebung ist die Versöhnung. Versöhnung ist wechselseitig, gegenseitig: Person 1 vergibt Person 2 und Person 2 vergibt – quasi im Gegenzug – Person 1. Erst das wechselseitige Vergeben ist Versöhnung.

2. Und dann müssen wir als zweites den Begriff „Schuld“ präzisieren.

Bei der Vergebung geht es um fremde Schuld, die Schuld des Anderen, also die Schuld von Person 2 an Person 1. Person 2 wird zum „Schuldiger“ von Person 1 – wie es im Vaterunser heisst. Auf mich bezogen heisst dies: Bei der Schuld des anderen an mir, ist meine Vergebung gefordert – einseitig. Der Andere ist der

Schuldige, aber ich vergebe dem Anderen dessen Schuld an mir. Vergebung ist einseitig.

Das Schlüsselwort der Vergebung ist „Ich vergebe dir!“ Einseitig.

Bei der Versöhnung geht es um meine Schuld, meine eigene Schuld, ich bin der Schuldige: Meine Schuld vor Gott, meine Schuld vor einem Mitmenschen, meine Schuld vor mir selbst. Ich bin der Schuldige. Ich bitte um Vergebung für meine Schuld und im Wechsel vergibt mir Gott/der Andere/ich selbst. Versöhnung ist gegenseitig/wechselseitig.

Das Schlüsselwort der Versöhnung heißt: „Bitte vergib mir“. Und darauf sagt der Andere: „Ich vergebe dir.“ Wechselseitig, gegenseitig.

Bei der Beichte, dem Sakrament der Versöhnung, geht es um meine Schuld vor Gott. Ich bitte Gott um Vergebung für meine Schuld, und er vergibt mir durch den Priester. Das ist Versöhnung, Versöhnung mit Gott, darum der Name „Sakrament der Versöhnung“.

Versöhnung zwischen zwei Menschen sollte immer das Ziel sein. Dazu sollte der „Schuldiger“ bereit sein, für seine Schuld um Vergebung zu bitten, und der Verletzte bereit sein, seine Vergebung zu geben. Aber auch wenn Versöhnung nicht möglich oder noch nicht möglich oder nicht mehr möglich erscheint, muss der Verletzte seine Vergebung geben, aussprechen, um selbst geheilt zu werden. Ich werde darauf noch zurückkommen.

Im Folgenden werden wir ausschliesslich von „Vergebung“ und nicht von „Versöhnung“ sprechen: Meine „Vergebung“ der fremden Schuld, der Schuld eines anderen an mir, das Vergeben von dem, was ein anderer mir angetan hat.

Wesen des Vergebens

Das Wesen des christlichen Vergebens ist nicht vergessen, nicht unter den Teppich kehren, nicht passiv loslassen. Vergeben ist nicht etwas Passives, Vergeben ist etwas Aktives. In diesem aktiven Akt des Vergebens sehe ich drei Stufen, denen ich – wie bei grossen Sportereignissen üblich – als Wertung eine Medaille zuordne. Wie auch der heilige Paulus in seinen Briefen mehrmals sportliche Vergleiche heranzieht.

1 .Stufe: Loslassen, weggeben. Und das war`s dann auch. Also vergeben ohne christlichen Hintergrund, ohne Rückbindung an Gott, das heisst ohne „Religion“ – lateinisch re-ligare = rückbinden - , also ohne das in Gott gegründete Fundament, Vergeben als loslassen, weggeben, sozusagen aus rein rationalen

Gründen, auch das ist ein Gewinn. Wie man das am besten macht, lehren die Kurse der „Liga Leben und Gesundheit,“ die auch in der Schweiz angeboten werden. Wäre Vergeben eine olympische Disziplin wäre diese 1. Stufe der Gewinn der Bronze- Medaille. Offen bleibt: „Wohin“ gebe ich weg? Offen bleibt auch: Wer sorgt für Gerechtigkeit? Wer „bestraft“ den Täter, meinen „Schuldiger“?

2. Stufe: Loslassen, weggeben, abgeben, übergeben. Diese Stufe beinhaltet, „Wohin“ ich weggebe, und so wird aus dem Weggeben ein abgeben: Vergeben ist für einen Christen abgeben, Abgeben, übergeben an Jesus Christus, ans Kreuz. *„Kommt alle zu mir, die ihr mühselig und beladen seid.“ (Matthäus 11,28).* Die Last der bisherigen Unvergebenheit abgeben, Jesus Christus trägt dann die Last. Nicht mehr ich muss den Täter, den „Schuldiger“ bestrafen, sondern es ist Jesus Christus, der letztendlich für Gerechtigkeit und Barmherzigkeit sorgt, für beide Seiten. Jesus Christus ist auch der einzige, der diese durch die erlittene Ungerechtigkeit entstandenen inneren Verletzungen beim „Opfer“ heilen kann: Jesus Christus ist der Arzt. Vergebung ist für einen Christen somit Christus-zentriert. Weil ich Christus liebe, vergebe ich meinem Schuldiger dessen Schuld an mir, wie Christus mir meine Schuld vor ihm vergibt, weil Er mich liebt. Vergebung ist bedingungslose Liebe. Vergeben ist biblisch fundiert, ein klarer biblischer Auftrag, eindeutiger geht es nicht mehr! *„Vater, vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unseren Schuldigern“*, heisst es im „Vaterunser“. *„Vergebt einander, wie auch Gott euch in Christus Jesus vergeben hat.“ (Epheser 4,32).* Vergeben zerschneidet die negativen Bindungen an die verletzende Person und an die erlittene Ungerechtigkeit. Und so wird aus vergeben auch freigegeben: ich gebe mich frei, ich gebe meinen „Schuldiger“ frei, ich gebe Gott frei, ich gebe Gott Freiraum, dass Gott nun frei an mir und an meinem „Schuldiger“ wirken kann in seiner Liebe und Barmherzigkeit. Nicht nur ich, der Verletzte, braucht Gottes Hilfe, Gottes Liebe, Gottes Barmherzigkeit, nein, auch mein „Schuldiger“ braucht Gottes Hilfe, Gottes Liebe und Gottes Barmherzigkeit. Bei der Vergebungs-Olympiade entspräche diese 2. Stufe der Silber-Medaille.

3. Stufe: Übernehmen, bekennen, aufopfern, danken. Als katholischer Christ kann ich jetzt meine Vergebungs-„Arbeit“ noch vervollkommen. So sollte ich zusätzlich meine Aufgabe, ja meine Pflicht als Stellvertreter übernehmen: Als Stellvertreter für meinen „Schuldiger“ vor Gott treten und Gott um Vergebung bitten für dessen Sünde der Verletzung des Liebesgebotes gegen mich, wie Christus am Kreuz: *„Vater, vergib ihnen, sie wissen nicht, was sie tun“ (Lukas 23,34)* und der Diakon Stephanus bei seiner Steinigung: *„Herr, rechne ihnen diese Sünde nicht an“ (Apostelgeschichte 7,60).* So kann ich für meinen „Schuldiger“ beten und ihn segnen: *„Betet für die, die euch misshandeln!“ (Lukas 6,27).* *„Segnet die, die euch fluchen!“ (Matthäus 5,44).* *„Bittet für die, die euch beleidigen“ (Lukas 6,28).* Ich streiche seine Schuld auf meiner Liste;

ich verbrenne seinen Schuldschein bei mir; ich erlasse ihm seine Schuld; ich rechne ihm seine Schuld nicht mehr auf: „Der Herr hatte Mitleid mit dem Diener, ließ ihn gehen und schenkte ihm die Schuld“ (Matthäus 18,27). Ich handle barmherzig an meinem „Schuldiger“. Vergeben ist ein Werk der geistlichen Barmherzigkeit. Diese 3. Stufe des Vergebens beinhaltet auch das Bekennen meiner Sünde der bisherigen Nichtvergebung und deren Folgen, wie Abneigung, Groll, Zorn, Hass, bekennen vor Gott in der Beichte. Auch kann ich den Schmerz meiner Verletzung, Kränkung, Demütigung mit dem Leiden Christi verbinden und dem Vater im Heiligen Geist aufopfern. Und jetzt bin ich auch innerlich frei, frei von den negativen Bindungen der Unvergebenheit. Aber in meinem Herzen darf kein Leerraum, kein Vakuum entstehen: Jetzt kann ich und muss ich den Freiraum in meinem Herzen dem geben, der darauf Anspruch hat: Jesus Christus. Ich muss mich, mein Leben, der Herrschaft Christi übergeben und mein Herz mit der Liebe Christi füllen lassen. So ersetze ich die früheren negativen, zerstörerischen Bindungen an meinen „Schuldiger“ durch eine positive, heilende Bindung, durch die Bindung an Jesus Christus. Und zuletzt darf ich nicht vergessen, Gott zu danken für seine Gnade, dass er mir die Kraft zur Vergabung gegeben hat, und Gott zu danken für den Segen, den Er mir aus meiner Vergabung zuspricht. So hole ich ein Stück Himmel auf die Erde! Das ist wahre Nachfolge Christi! Das ist die Gold-Medaille! Das ist die himmlische Krone!

Praxis/Durchführung des Vergebens

Es gibt Lehrkurse um Vergabung zu „lernen“. So bietet die freikirchliche „Gesellschaft Leben und Gesundheit“ einen Kurs an, der im wesentlichen beruht auf den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Vergabungsforschung, auf die ich noch gesondert zu sprechen komme. Es gibt auch eine Reihe von esoterisch-okkulten Kurs-Angeboten, vor denen ich aber ausdrücklich warne. Bevor man sich auf einen Kurs einlässt, Zeit und Geld investiert, gilt es, sich sorgfältig vorher zu informieren, welche Weltanschauung sich dahinter versteckt. Hilfreich ist es, ein altes deutsches Sprichwort zu beherzigen: „Trau, schau, wem!“

Meine Empfehlung, meine Lehre beruht auf christlicher Basis, wie Sie sehen konnten. Meine hier vorgestellte Kurz-Version kann als Anleitung zur Selbsthilfe dienen. Ausführlicher lehre ich dieses Thema an Einkehrtagen und in Heilungs-Seminaren,

Bei der „Vergabung“ sind 2 Grundsätze zu beachten:

1. Vergeben ist ein Willensakt: ich will vergeben. Vergeben ist kein Akt nur von Gefühlen. Vergeben ist keine Gefühlsduselei. Vergeben ist spirituelle Intelligenz: Es ist sinnvoll, schlau und gut zu vergeben. Wer sagt, er kann

gefühlsmässig nicht vergeben, weil er zu sehr verletzt sei, meint eigentlich: Er will nicht vergeben. Also der feste Vorsatz: Ich will vergeben.

2. Wahre Vergebung ist nur möglich, wenn ich ohne Bedingungen vergebe. Also nicht: „Ich vergebe dir, wenn du diese oder jene Voraussetzung erfüllst“, sondern: „Ich vergebe dir ohne wenn und ohne aber“.

Aber wie macht man nun das mit dem „Vergeben“ am besten? Wie „macht“ man Vergebung. Ja, Sie haben richtig gehört: Vergebung kann man „machen“. Aber Vergebung ist Arbeit, kostet Mühe und vielleicht auch viele Tränen.

Hier einige Grundlegenden Empfehlungen, die aber in einem ausführlicheren „Lehrkurs“ intensiviert werden müssen und die immer die von mir aufgezeigten Stufen 1 bis 3 der aktiven Vergebungsarbeit beinhalten sollen. Am besten verwenden Sie für ihre Vergebungs-„Arbeit“ die bekannten „W-Fragen“: Wem, was, wann, wie oft.

- Wem muss ich vergeben? Man muss individuell vergeben, immer Personen– gezielt und Situations-bezogen, nicht pauschal. Beispiel: „Ich vergebe meinem Vater Hans, dass er mich - damals, als ... oder dass er mich immer, wenn er ... – geschlagen hat“. Dabei geht es immer um meine Sicht der damaligen Situation, also um meine subjektive Sicht, dass es mich verletzt hat, nicht um eine objektive Beurteilung der Dinge. Ich bin das Opfer oder zumindest ich fühle mich als Opfer, der oder die Andere ist der Täter. Und ich als Opfer vergebe dem Täter. Machen Sie sich Listen, am besten 3 verschiedene: Eine Liste, Liste 1, mit den anderen Personen, denen Sie vergeben müssen, eine weitere Liste, Liste 2, von den Situationen, in denen sie sich selbst vergeben müssen und eine dritte Liste, Liste 3, von den Problemen, über die Sie bei Gott klagen.

Auch spielt es keine Rolle, ob dieser Mensch, dem ich vergeben muss, neben mir lebt oder in weiter Ferne, ob er an- oder abwesend ist oder ob er schon verstorben ist. Wir müssen auch Verstorbenen vergeben, wenn diese uns in ihrem Leben verletzt haben.

Manche haben die Erfahrung, dass es schwerer sein kann, sich selbst zu vergeben, als einem anderen zu vergeben. Und so kann es im Einzelfall nützlicher sein, mit diesem Teil der Vergebungsarbeit, also mit Liste 2, anzufangen.

Die Liste 3 „Die Klage vor Gott“? ist nicht unproblematisch. Wir dürfen „klagen“ vor Gott, wir dürfen Gott aber nicht „anklagen“. Letztlich gilt: Gott macht keine Fehler, Gott schreibt auch auf krummen Zeilen gerade.

Wir müssen immer, in jeder Situation Gott vertrauen. Wir dürfen Gott nicht misstrauen. Dies ist sicher auch eine ganz schwere Übung.

- Was muss ich vergeben? Alles! Es gibt keine Ausnahmen!

- Wann muss ich vergeben? Möglichst sofort! Paulus empfiehlt noch am gleichen Tag, vor Sonnenuntergang: „*Lasst euch durch den Zorn nicht zur Sünde hinreißen! Die Sonne soll über eurem Zorn nicht untergehen*“ (Epheser 4,26), also spätestens am Abend beim Nachtgebet. Nur so können wir am nächsten Morgen neu anfangen. Es gilt auch, rechtzeitig zu vergeben, nichts Unvergebenes mit in den Tod zu nehmen, weder im Herzen, noch im Testament. Auch ist zu bedenken, der Tod könnte plötzlich und unerwartet kommen. Sterben kann sehr schwer werden, wenn noch die Last der Unvergebenheit drückt. Auch kann man beim Sterben so krank sein, dass zum Vergeben die Kräfte oder das Bewusstsein fehlen. Deswegen mein dringender Rat: Rechtzeitig im Leben vergeben! Wenn es nicht möglich ist, schnell zu vergeben, weil die Verletzung zu groß ist, ist gerade hier inständiges und beharrliches Gebet nötig: Die Last der Unvergebenheit ist größte Not, hier darf ich zum Herrn um Hilfe schreien!

„Herr, hilf mir in meiner Unvergebenheit!“

Vergeben-Können bedarf zwar meines Willens, ist aber letztlich göttliche Gnade. Um diese Gnade des Vergeben-Könnens müssen wir Gott inständig und beharrlich bitten. Und da Vergeben der Wille Gottes ist, wird Er dieses Gebet sicher erhören!

- Wie oft muss ich vergeben? Christus antwortet Petrus auf seine Frage, wie oft er vergeben müsse: „*Sieben mal sieben mal*“ (Matthäus 18,21). Das heißt, 490 mal, pro Tag. Das sind, 8 Stunden Schlaf abgezogen, ca. alle 2 Minuten. Dies bedeutet, wir sollten in einer ständigen Haltung der Vergebung leben. Das Ziel des Vergeben-Lernens sollte sein: Ein vergebungsbereiter Mensch zu werden. Das erfordert anfangs ein gewaltiges Umdenken. Es gilt, um einen Vergleich aus der Computersprache zu verwenden: Es gilt in unserem Gehirn, sozusagen unserer Hardware, das alte Programm „Rache ist süß“ zu löschen und eine neue Software „Lebensstil der Vergebung“ zu installieren!

Vergeben heisst abgeben, aber nicht aufgeben

Vergabung bewirkt nicht automatisch, dass ich meine Ansprüche aufgeben muss: zum Beispiel meinen rechtlichen und moralischen Anspruch auf Wiedergutmachung. Vergeben ist also nicht Verzicht auf Wiedergutmachung, soweit Wiedergutmachung überhaupt möglich, oder Verzicht auf materiellen

Schadenersatz. Aber Wiedergutmachung oder Schadenersatz darf nicht die Voraussetzung für meine Vergebung sein! Also immer zuerst: Vergeben ohne wenn und ohne aber! Meine Vergebung, die ich meinem „Schuldiger“ gewähre, bedeutet auch nicht, dass der Staat oder die Gesellschaft auf Recht und Gerichtsbarkeit gegenüber meinem „Schuldiger“ verzichten muss. So sind also zivilrechtliche und strafrechtliche Überlegungen und Ansprüche kein Grund zur Nichtvergebung. Vergeben heisst auch nicht, die Schuld des anderen zu bagatellisieren oder gut zu heissen, Die Schuld des anderen bleibt Schuld, auch wenn ich der Person des Anderen vergeben habe. Vergeben heisst auch nicht, Böses nicht Böses nennen zu dürfen.

Unvergebenes im Unterbewusstsein

Soweit in Kürze meine Empfehlungen bei den mir schnell und leicht einfallenden, also den bewussten Unvergebenheiten. Aber es gibt auch weitere Namen, Situationen und Probleme, die einem nicht sofort einfallen. Denn vieles an Unvergebenheit schlummert auch im Unterbewussten, ist letztlich nicht abgegeben, sondern nur verdrängt. Man erinnert sich vielleicht rückblickend: „Dies hatte ich ja längst vergessen“. Und hier lauert die Gefahr: „Vergessen, aber nicht vergeben“.

Solche „vergessenen Unvergebenheiten“ schlummern ein ganzes Leben im Unterbewussten. Und unterbewusste Nichtvergebenheit ist eine „bittere Wurzel“ für vieles Negative. Solche negativen „Früchte“ einer bitteren Wurzel sind u. a. negative Erwartungen, Überempfindlichkeit, Aggressionen, Ärger, Zorn, Hass, Härte, Kälte, ein „steinernes Herz“. Menschen, die daran kranken, füllen die psychotherapeutischen Praxen und finden dort vielleicht auch Hilfe, aber keine Heilung.

Die „Heilung“ dieser zunächst im Unterbewussten schlummernden Unvergebenheiten benötigt viel Zeit und Gebet. Aber Heilung ist möglich, allerdings nur durch Vergebung. Dazu empfehle ich dringend mehrtägige Exerzitien mit dem Schwerpunkt „Innere Heilung“ bei einem in dieser Thematik ausgebildeten und erfahrenen geistlichen Leiter. Der Heilige Geist deckt auf und Jesus Christus heilt. Jesus Christus ist der Arzt!

Vergebungsforschung

Was uns die Bibel schon seit 2000 Jahren lehrt, haben Psychologen und Psychotherapeuten seit gut 20 Jahren aufgegriffen: Das Thema „Vergebung“ boomt sozusagen in Lehrkursen, Arbeitspapieren und erfreulicherweise auch in

der Forschung mit soliden und seriösen Ergebnissen. In USA gibt es für Vergebungsforschung, „forgiveness research“, Lehrstühle, auch an namhaften Universitäten wie Stanford, Harvard, Mayo. Protagonisten waren in den 90-iger Jahren des letzten Jahrhunderts Fred Luskin und Robert Enright.

Laut diesen Forschungen kann Unvergebenheit die Wurzelursache vieler Krankheiten sein:

- Bluthochdruck (mit seinen Folgen)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Muskelverspannungen, insbesondere dadurch hervorgerufene Rückenschmerzen
- Kopf- und Magenschmerzen
- Fettsucht
- Schlafstörungen
- Krebsentstehung
- Psychiatrie: Depressionen und speziell die „Posttraumatische Verbitterungsstörung“

Sehr gut wissenschaftlich abgesichert ist die Beobachtung: Vergebung senkt Blutdruck und Puls und schützt damit vor Herzkreislauf-Erkrankungen.

Insgesamt hat uns die Vergebungsforschung bis heute medizinisch wichtige Erkenntnisse gebracht, ihre neutralen, d.h. nicht-esoterischen, seriösen Methoden sind auch für Nicht-Christen geeignet. Spirituell beinhalten sie jedoch nur Stufe 1 in der von mir ausgearbeiteten Skala zum Wesen der Vergebung. Sie stößt damit an ihre Grenzen und bietet Hilfe, zweifelsfrei, aber eben nur Hilfe, keine Heilung. Wer jedoch als Christ geheilt werden will sowie im Glauben und in der Heiligkeit wachsen will, hält sich besser an das christliche, Christus-zentrierte und biblisch fundierte Vergeben wie in Stufe 2 und 3 dargestellt.

Wie wirkt Vergebung aus pathophysiologischen Überlegungen

Die unvergebenen, nicht geheilten inneren Verletzungen - ob im Bewusstsein ständig vor dem inneren Auge präsent oder tief im Unterbewusstsein schlummernd - diese nicht geheilten inneren Verletzungen sind sehr folgenschwer, sie sind - wie wir eben gehört haben - Wurzelursache vieler verschiedenster somatischer und psychischer Erkrankungen,.

Pathophysiologisch ist dies auch gut erklärbar: Durch den ständigen inneren Unfrieden, durch Ärger, Groll, Zorn und Hass lebt dieser Mensch in einem mehr oder weniger ausgeprägtem Dauerstress. Der Level des Stresshormons Noradrenalin, wie auch des Hormons Cortisol, ist zeitweilig oder dauernd überhöht. Dies zeigt sich dann in messbaren Werten: Unter anderem im Anstieg von Blutdruck, oder Verminderung von Immun-Parametern. Allgemein

formuliert: Im Körper werden ständig Energien und Ressourcen negativ gebunden und, quasi unnötig, verbraucht, die dann für wichtige andere Aufgaben fehlen, wie Abwehr und Heilung. Zur Klärung solcher Mechanismen wirken Vergebungsforschung und Psycho-Neuro-Immunologie Hand in Hand. Gerade aus diesen Erkenntnissen heraus sollten innere Verletzungen unbedingt und rechtzeitig geheilt werden!

Nutzen der Vergebung

Vergebung lernen, vergeben üben und letztlich vergeben können und als oberstes Ziel, ein immer vergebungsbereiter Mensch zu sein, dies ist von ungeheurem Nutzen für unser persönliches Leben!

Vergebung ist Therapie, ist „Selbstmedikation“ und gehört in die Hausapotheke. Vergebung ist als geistliche Therapie, ein Akt der „spirituellen Intelligenz“. Vergebung ist gesund machend. Die erwähnten wissenschaftlichen Ergebnisse der Vergebungsforschen sind sehr eindrücklich: Vergeben und Versöhnen senken den Blutdruck und schonen das Herz. Somit ist Vergebung die beste Prophylaxe vor Herzinfarkt und vielen Herzproblemen. Vergeben lindert chronische Rückenschmerzen, lässt Muskelverspannungen vergehen, reduziert Kopfschmerzen und Magenschmerzen, lindert Schwindel, Müdigkeit, Depressionen, senkt Übergewicht. Vergebungsbereite Menschen erholen sich schneller von Stress und Ärger. Es gilt im wahrsten Sinne des Wortes: „Verzeihen bringt Gedeihen“.

Zusammenfassend ist der Gewinn aus der Vergebung vielfältig:

- Gesundheit durch Vorbeugen oder Heilung von bestimmten Symptomen oder Krankheiten;
- Friede mit den Menschen, die uns verletzt haben, Friede mit sich selbst, Friede mit Gott;
- Freiheit von negativen Bindungen;
- Erinnerungen ohne Schmerz, ohne Wut, ohne Zorn, ohne Ärger, ohne Bitterkeit, ohne Tränen.

Letzteres ist gleichzeitig auch eine Qualitätskontrolle für echte Vergebung. Denn vergeben ist nicht vergessen! Denn wenn ich wirklich und von ganzem Herzen vergeben habe, kann ich an diese Person, die mich verletzt hat, denken, mich an sie erinnern, ohne Ärger, ohne Zorn, ohne Bitterkeit, ohne Groll, ohne Schmerz, ohne Tränen, ohne dieser Person etwas nachzutragen und ich kann für diese Person beten und sie segnen.

So schenkt Vergebung mir emotional den inneren Frieden. Und geistlich ist meine Vergebung an meine Mitmenschen, meine „Schuldiger“, Voraussetzung für meine Versöhnung mit Gott und meine ungestörte Beziehung zu Gott. Dies beten wir in jedem Vaterunser. Meinem Schuldiger auf Erden vergeben, dies bewirkt mein Heil im Himmel! Welch wunderbare Verheissung!

Von der Ablehnung zur Annahme

Die Heilung des „zerbrochenen Herzens“ Die Heilung der eigenen Lebensgeschichte

In Verbindung mit dem Thema „Vergebung“ steht auch das Thema „Ablehnung“.

Es ist der Mangel an menschlicher Liebe, also die Nicht-Beachtung des Liebesgebotes „Liebe Deinen Nächsten“. Beim Thema „Vergebung“ ist dieser Mangel an Nächsten-Liebe letztlich der Grund, warum ein Mensch einem anderen Menschen Leid zufügt, warum ein Mensch zum Täter wird. Und dieser Mangel an Nächsten-Liebe bewirkt beim Opfer, die durch göttliches Gebot geforderte Vergebung nicht zu geben, noch dazu zu seinem eigenen Schaden. Und beim Thema „Ablehnung“ sehen wir dies noch krasser: Es ist der Mangel an menschlicher, hier vor allem an mütterlichen Liebe, der einen heranwachsenden Menschen für sein ganzes spätere Leben negativ beeinflusst und schädigt.

„Ablehnung“ was ist das? Der Begriff „Ablehnung“ steht meines Wissens nicht in den Lehrbüchern der Medizin, Psychologie oder Psychiatrie.

Ablehnung ist ein Begriff aus der Pastoral, der besagt, dass einem Kind in den frühen Prägungsphasen seines Lebens die geschuldete Liebe verweigert oder nicht in nötigem Masse geschenkt wurde.

Diese frühen Prägungsphasen sind: Die vorgeburtliche Phase im Mutterleib und die ersten drei Lebensjahre.

Die göttliche Liebe, die Liebe Gottes zu seinem Geschöpf Mensch, ist ein unverdientes Wirken seiner Gnade für alle Menschen, Welch ein Geschenk! Gott

schuldet uns seine Liebe nicht, wir erfahren sie ungeschuldet. So erleben wir von Gott nie Ablehnung, sondern immer nur Annahme, trotz unserer Sünden.

Menschliche Liebe dagegen kann schuldhaft verweigert werden. Obwohl der Mensch nach dem göttlichen Liebesgebot nicht nur Gott und sich selbst, sondern auch den Mitmenschen, dem Nächsten, und insbesondere seinen nahen Angehörigen, Liebe schuldet.

Die Liebesschuld

Menschliche Liebe wird geschuldet. Zur Liebesschuld hören wir:

„Bleibt niemand etwas schuldig; nur die Liebe schuldet ihr einander immer. Wer den andern liebt, hat das Gesetz erfüllt.“ (Römer 13,8-10).

Das Liebesgebot selbst kennen wir alle:

„Höre, Israel, der Herr, unser Gott, ist der einzige Herr. Darum sollst du den Herrn, deinen Gott, lieben mit ganzem Herzen und ganzer Seele, mit all deinen Gedanken und all deiner Kraft. Als zweites kommt hinzu: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst. Kein anderes Gebot ist größer als diese beiden.“ (Markus 12,30).

Jeder Mensch schuldet seine Liebe 3 „Gläubigern“ gegenüber: Gott, dem Nächsten und sich selbst. Wenn dieser Mensch jetzt diese seine Liebesschuld nicht wahrnimmt, also seine Liebespflicht nicht erfüllt, schafft er sich ein dreifaches Beziehungs-Problem, auch wenn er sich dessen nicht bewusst ist. Zunächst: Er trennt sich von Gott – Sünde. Aber zusätzlich: Er trennt sich von sich selbst: Fehlende Selbstannahme. Und noch dazu: Er trennt sich von einem Mitmenschen. Und wenn er für diesen Mitmenschen verantwortlich ist, hat dann auch noch dieser Mitmensch ein Problem, weil ihm die geschuldete Liebe vorenthalten wird. So werden beide krank, an der Seele und später vielleicht auch am Leib: Der Liebesverweigerer selbst durch die fehlende Selbstannahme, die oft mit einer Liebesverweigerung an einen Mitmenschen verbunden ist, und jener Mitmensch, der er ein Anrecht auf Liebe hätte.

„Keiner liebt mich!“ Dies war die letzte Botschaft einer beruflich sehr erfolgreichen Ärztin, bevor sie - kurz nach Erreichen des Ruhestandes - aus dem Fenster sprang und sich selbst in den Tod stürzte. Ihr beruflicher Einsatz konnte offensichtlich ihren Mangel an Liebeszuwendung jahrzehntelang überdecken. Aber nach dem Wegfall ihrer bisherigen Identifikation als eine von ihren Patienten geschätzte Ärztin wurde sie sich des eigentlichen Mangels in ihrem Leben bewusst, des Mangels an überlebensnotwendiger Liebe: „Keiner

liebt mich!“ Welch seelische Not und Verzweiflung verbarg sich hinter diesem Hilferuf!

Jeder Mensch will geliebt werden: Das Baby im Mutterleib von seiner Mutter, das Kind in der Familie von Vater und Mutter und Geschwistern, der Erwachsene von seinem Ehepartner. Diese erfüllte Liebe auf Erden ist ein Vorgeschmack auf den Himmel, eine verweigerte Liebe kann schon zur Hölle auf Erden werden und ist ein Vorgeschmack auf die Hölle der Ewigkeit.

Das Wurzelproblem

Die verweigerte Liebe, die Ablehnung, die Nicht-Akzeptanz, der Mangel oder das Fehlen der geschuldeten Liebe ist die Wurzelursache vieler psychologischer und psychiatrischer Probleme. Bereits vor 40 Jahren hat Derek Prince, ein in jahrzehntelanger Seelsorge erfahrener Pastor, festgestellt, dass in den USA wahrscheinlich jeder 5. (das sind 20%) der von ihm in der Seelsorge betreuten an den Folgen einer Ablehnung leidet. In unseren „modernen Zeiten“ („wir sind ja so fortschrittlich“) könnte die Häufigkeit noch gestiegen sein.

Diese Ablehnung kann 2 Ursachen haben:

1. durch Ablehnung bereits im Mutterleib: Zum Beispiel, wenn eine Abtreibung in Erwägung gezogen wird, aber letztlich dann doch nicht durchgeführt wird. Solche Gedanken, sei es nur im Kopf oder gar ausgesprochen, können leicht kommen, schliesslich ist eine Abtreibung heute straffrei möglich und problemlos überall durchführbar. 2 mögliche Beispiele:

- „jetzt kommt mir eine Schwangerschaft aber ganz ungelegen, weil“
die Schwangerschaft stört die aktuelle Lebensplanung oder
- „noch ein Esser mehr in der Familie“ in den immer wieder auftretenden wirtschaftlichen Krisensituationen.

Das Baby im Mutterleib fühlt mit und hört mit und interpretiert dies als „Ich werde nicht geliebt“. Und es speichert diese Interpretation ein Leben lang im Unbewussten.

2. durch Ablehnung in der frühen Kindheit.

Immer mehr Kinder erleben eine Ablehnung in der frühen Kindheit, durch den zunehmenden Anteil an berufstätigen Müttern und die Zunahme der Scheidungsraten mit dem Anteil der Scheidungswaisen. Scheidungswaisen

fühlen sich oft ungeliebt durch den Elternteil, der die Familie verlässt. Auch Adoptivkinder leiden erfahrungsgemäss immer unter Ablehnung.

Das zerbrochene Herz

Dieses Wurzelproblem, die verweigerte aber geschuldete Liebe, hat ein eindrückliches Sinnbild: Das zerbrochene Herz, Das Herz gilt als Sinnbild der menschlichen Liebe. Ein zerbrochenes Herz entsteht immer dann, wenn eine Beziehung durch Ablehnung zerbrochen wurde.

Wenn die Liebe zerbricht, zerbricht auch das Herz. Dabei ist die Ursache des zerbrochenen Herzens, nämlich die Ablehnung, dem Betroffenen oft zunächst gar nicht bewusst, insbesondere dann wenn diese Ablehnung in die frühe Kindheit oder gar in die Vorgeburtszeit zurück reicht.

In diesem bedrückendem Szenarium gibt es nun eine wirklich „frohe Botschaft: Das zerbrochene Herz kann geheilt werden! So heisst es in der Bibel:

*„Der Herr hat mich gesandt, damit ich **alle heile, deren Herz zerbrochen ist.**“ (Jesaja 61,1).*

Jesus liest zu Beginn seines öffentlichen Wirkens diese Stelle aus Jesaja in der Synagoge zu Nazareth vor (*Lukas 4,18*). Somit ist Jesus der Arzt, gesandt vom Vater, um alle zu **heilen**, deren Herz zerbrochen ist. Welch' wunderbare Verheißung!

Die Folgen

Was sind die Folgen eines zerbrochenen Herzens? Auch hier gilt das Gesetz von Saat und Ernte: Sät man Unkraut, wird man Unkraut ernten. Verweigert man die Liebe - dies ist zerstörerisch, destruktiv -, wird man negative, zerstörerische, destruktive Auswirkungen ernten.

So sind die Folgen der verweigerten, aber eigentlich geschuldeten Liebe immer gravierend, ja regelrecht schicksalsbestimmend.

Nach Derek Prince kann man 2 grundsätzlich verschiedene, aber dann in sich verkettete Reaktionsmuster auf eine Ablehnung unterscheiden. Beide sind krankmachend, selbst-zerstörerisch. Es handelt sich dabei nicht um absolute Gesetzmäßigkeiten, aber um häufig beobachtete Zusammenhänge, die er in seiner seelsorgerlichen Praxis erlebt hat.

Die eine Reaktionskette führt von der Ablehnung in Einsamkeit – Kummer – Selbstmitleid – Depression – Verzweiflung – Tod oder Selbstmord.

Die andere Reaktionskette führt von der Ablehnung in Verhärtung – Gleichgültigkeit – Rebellion – Zauberei.

Diese 2. Reaktionskette bedarf einiger Erläuterungen:

Verhärtung: Ein steinernes Herz;

Gleichgültigkeit: die geistlichen Mauern um einen herum zum Selbstschutz „bis hierher und nicht weiter“;

Rebellion: Auflehnung gegen alle und alles, auch gegen Gott;

Zauberei: anstelle Gottes treten die Götzen, die Beschäftigung mit Esoterik, Okkultismus, Spiritismus.

In diesen beiden Reaktionsmustern, der einen oder der anderen, findet man dann viele Probleme, die dem Seelsorger in der Seelsorge und viele Symptome und Diagnosen, die dem Psychologen und Psychiater in der Sprechstunde begegnen.

Es sind dies:

Rückzug, Unnahbarkeit, Kritiksucht, Zynismus, Sarkasmus, Dominanz, Aggressionen, Ärger, Zorn, Jähzorn, Hass, Härte, Kälte, Süchte, Ängste, andere Störungen unterschiedlichster Art (Angststörung, Schlafstörung, Essstörung), geistliche Blockaden, fehlende Selbstannahme, Selbstmitleid, negative Selbstfestlegungen und so manches mehr. Auf schwerwiegende somatische Spätfolgen komme ich noch zu sprechen.

Um Hilfe zu finden, füllen die Menschen, die davon betroffen sind, dann die Praxen der Psychologen und Psychiater, leider nicht die Beichtstühle und Exerziten-Häuser. Dabei fänden sie dort nicht nur Hilfe, sondern Heilung! Jesus Christus ist der Arzt, der gekommen ist alle zu heilen.

Die medizinische Wissenschaft

Was sagt eigentlich die medizinische Wissenschaft zu den Überlegungen, dass mangelnde Liebe im Mutterleib oder in der frühen Kindheit Störungen im Erwachsenenalter bewirken können.

Dies ist einerseits ohne weiteres denkbar auf Grund der Forschungsergebnisse des relativ jungen Wissenschaftszweiges der **Epigenetik** und andererseits der altbekannten Wissenschaften der **Psychologie** und der **Entwicklungspsychiatrie**.

- Epigenetik

- So gibt es zum Lebensabschnitt „vorgeburtliche Zeit“ Untersuchungen, die, wie es die Wissenschaft nennt, die „**fetale Programmierung**“ beobachten: Dabei zeigt sich zum Beispiel: Zuviel mütterliche Stresshormone in dieser Zeit haben einen negativen Einfluss auf die sicht- und messbare Hirnentwicklung des Fetus mit den entsprechenden negativen Folgen im späteren Erwachsenenalter.
- Dann die Forschungen zum Lebensabschnitt „frühkindliche Zeit“ : Hier zitiere ich Beobachtungen in einem Tierversuch, zusammengefasst in einem Kapitel aus einem 2009 erschienen Sachbuch zum Thema „Epigenetik“ (*Peter Spork: Der zweite Code*) mit der Überschrift:

„**Wenn Ratten ihre Kinder nicht lecken**“ (Seite 97)

„Ratten, die von Forschern im Labor gehalten werden, können sehr unterschiedliche Verhaltensmuster zeigen. Die einen sind zum Beispiel aggressiv, ängstlich, reizbar, ungesellig, hypernervös, andere Versuchstiere zeigen sich besonders mutig, kuschelbereit, freundlich und lernfähig. Was nun bedingt diesen Unterschied? Die Mütter der ängstlichen Tiere haben sich in den ersten acht Tagen nach der Geburt ihrer Kinder nicht ausreichend um die Kleinen gekümmert, sie nicht ausreichend geleckt. Es sind so genannte „*non-licking mothers*“. Die mutigen Tiere hingegen wurden in diesem Zeitfenster von ihren eigenen Müttern besonders gut versorgt und geleckt. Das gleiche gilt auch, wenn diese besondere Fürsorge durch Lecken von nicht verwandten Ammen geleistet wird. Es sind also nicht die Gene, die für diese massiven Charakterunterschiede bei den erwachsenen Versuchstieren verantwortlich sind, sondern die ersten Lebenserfahrungen, ob mütterliche Liebe ausreichend gegeben und damit von den Kindern ausreichend erfahren wurde.“

Der junge Wissenschaftszweig der Epigenetik liefert also auch naturwissenschaftlich die Erklärung zu diesen Beobachtungen in der Seelsorge.

Epigenetik ist die Lehre, wie die vorhandenen Gene ein- oder ausgeschaltet, programmiert werden. Dies kann durch die unterschiedlichsten Mechanismen erfolgen. Für die postpartal noch nicht abgeschlossene Reifung des Gehirns beim Kleinkind ist es die Vielzahl der Berührungen des Kindes durch die Mutter, die sogenannten taktilen Reize wie Herzen, küssen, streicheln, umarmen, die die weitere Hirnentwicklung entscheidend fördern.

- Psychologie und Entwicklungspädiatrie

Die neuere psychologische Forschung spricht vom
„**Schutzschild Mutterliebe**“.

Die Zeitschrift „Psychologie Heute“ berichtet in der Mai-Ausgabe 2012 von einer Studie, die zu einem bemerkenswerten Ergebnis gelangt: Erwachsene, die seitens ihrer Eltern viel Wärme erfahren haben, sind im Alter weniger krank und generell widerstandsfähiger gegen die Wechselfälle des Lebens. Auch wurde überraschenderweise festgestellt, dass Kinder, deren Eltern – vor allem die Mutter – sich besonders viel um sie gekümmert hatten, nicht so sehr von Herz-Kreislauf-Probleme und Stoffwechselerkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, betroffen sind wie eine Vergleichsgruppe. „Einen großen Unterschied machte dabei das Verhalten der Mutter. Je sensibler und wärmer die Teilnehmer dieser Studie als Kind behandelt worden waren, umso weniger Gesundheitsprobleme hatten sie später. Bei Teilnehmern mit besonders liebevollen Müttern blieben Stoffwechselerkrankungen sogar komplett aus.“

Die Forscher vermuten, dass diese Kinder später besser in der Lage sind, mit negativen Emotionen und Stress umzugehen.

So ist auch das Thema „Krippenbetreuung“ sehr kritisch zu sehen. Kinderärzte warnen vor hohen Risiken für die langfristige seelische und körperliche Gesundheit der unter Dreijährigen durch ganztägige Fremdbetreuung.

Dabei wird auf Langzeitstudien in den USA und jüngste Untersuchungen in den Niederlanden und Österreich über erhöhte Stressbelastungen der Krippenkinder verwiesen. In der so genannten „NICHD“-Studie des Nationalen Instituts für Kindergesundheit und -entwicklung in den USA, haben Wissenschaftler das Verhalten von 1.300 Kindern von ihrem ersten Lebensmonat bis zum 15. Lebensjahr analysiert. Demnach wirkt sich die Krippenbetreuung negativ auf die „sozioemotionale Kompetenz“ der Kinder aus. Je mehr Zeit die Kinder kumulativ in Einrichtungen verbracht hätten, desto stärker zeigten sie später „dissoziales Verhalten“ wie Streiten, Kämpfen, Sachbeschädigungen. Die Verhaltensauffälligkeiten auch in späteren Jahren seien „weitgehend unabhängig von der Qualität der Betreuung“. Wissenschaftliche Analysen hätten ferner durch die Ausschüttung des Stresshormons Cortisol eine erhöhte Stressbelastung bei vielen Krippenkindern nachgewiesen. Nach den Befunden seien „eine große Zahl von Krippenkindern durch die frühe und langandauernde Trennung von ihren Eltern und die ungenügende Bewältigung der Gruppensituation emotional massiv überfordert“. Auch dies gelte unabhängig von der Qualität der Krippenbetreuung. Der Befund sei in dieser frühen Entwicklungsphase besonders problematisch, weil chronische Stressbelastung die Entwicklung des Gehirns beeinträchtige. Der Dauerstress erhöhe langfristig die Risiken an psychischen und physischen Krankheiten wie Depression oder Fettsucht zu erkranken. Als Ergebnis dieser NICHD-Studie aus den USA resultiert eine Empfehlung des deutschen Kinderärztekongresses 2012: Eine Gruppenbetreuung von Kindern unter zwei Jahren sei zu vermeiden. Zwischen dem zweiten und dem dritten Geburtstag sollte das Kind maximal halbtägig bis

zu zwanzig Stunden in der Woche in die Betreuung. Ab dem dritten Lebensjahr ist dann je nach individueller Bereitschaft ganztägige Betreuung möglich.

Beide Berichte wurden in „kathnet“ publiziert.

Kurz zusammengefasst: Es ist vorgeburtlich der Spiegel der Stress-Hormone bei der Mutter und nachgeburtlich vor allem der körperliche Mangel an taktilen Reizen wie Herzen, küssen, streicheln, umarmen, wie auch der unnötige Anstieg von Stresshormonen (Thema "KITA") beim Kleinkind in seinen frühen Prägungsphasen, der die Reifung des Gehirns dieses Kleinkindes nicht ausreichend gelingen lässt. Diese Kinder sind dann als Erwachsene wesentlich anfälliger auf Stress und Krankheiten.

Die Schlussfolgerung aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Wissenschaftszweige von Epigenetik und Entwicklungspädiatrie muss lauten:

Die werdende Mutter in der Schwangerschaft von jeglichem Stress in Familie und Beruf abschirmen.

Der jungen Mutter nach der Geburt bis zu drei Jahren die Möglichkeit geben, sich ganztägig um ihr Baby zu kümmern und die junge Mutter anleiten, ihrem Baby Liebe im Überfluss zuzuwenden.

Wenn die Gesellschaft heute nicht nach diesen Erkenntnissen handelt, werden die Folgen Jahrzehnte später für diese Gesellschaft dann sehr schwerwiegend sein!

So bestätigt auch die medizinische Wissenschaft die Beobachtungen in der Seelsorge: Zu wenig Liebe in den entscheidenden Prägungsphasen des Lebens ist zerstörerisch und krankmachend.

Von der Ablehnung zur Annahme

Aber wie kommt der Betroffene von der Ablehnung zur Annahme? Wie wird das zerbrochene Herz geheilt? Denn es ist ja schon passiert. Die entscheidenden Prägungsphasen sind vorbei, sind Vergangenheit, sie waren mit zu wenig Liebe erlebt und gelebt. Der geplagte Mensch kommt jetzt als Erwachsener, Hilfe suchend, in die Beratung, in die Sprechstunde, in die Seelsorge. Was ist zu tun? Hilfe muss sicher immer in der Liebe wirken, aber sie sollte letztlich an die Wurzel reichen, „radix“ lateinisch: die Wurzel, sie sollte in diesem Sinne „radikal“ sein, um umfassend und nachhaltig zu wirken. So sehe ich in der Beratung die Aufgabe darin, die „Ablehnung“ als Wurzelursache nicht nur aufzudecken, sondern unbedingt in „Annahme“ umzuwandeln. Die unbewusste

negative Festlegung: „Niemand liebt mich“ muss in eine bewusste positive Festlegung: „Ich bin ein geliebtes Kind Gottes“ geändert werden.

Ich hatte schon erwähnt, der Begriff „Ablehnung“ für passives Abgelehntwerden ist in der medizinischen Nomenklatur der Psychologie und Psychiatrie nicht existent. Zwar finden sich in der psychotherapeutischen Methode der Transaktionsanalyse nach *Eric Berne* (er lebte von 1910 – 1970 und arbeitete als Psychotherapeut in den USA) verwandte Begriffe und Gedankengänge: Die unbewusste „frühe Entscheidung“ des Kleinkindes: „Niemand liebt mich“ muss zu einer bewussten „Neu-Entscheidung“ des Erwachsenen führen: „Ich werde geliebt.“ Hier wird in vielen Sitzungen über viele, viele Stunden Verständnis gesucht, die schmerzvolle Vergangenheit aufzuarbeiten und aus diesem Verständnis heraus die Gegenwart besser zu bewältigen.

Aber die entscheidende Lösung wird nicht geboten. Von wem werde ich jetzt als Erwachsener geliebt? Psychotherapie kann nur Hilfe geben, aber keine Heilung. Und woher kommt dann Heilung? Die hier entscheidende Wende, die „Umkehr“, das „Umdenken“, griechisch „Metanoia“, kann nur unser christliche Glaube geben: Die „Zu-Wende“ zu Gott, dem Dreieinen, der mich bedingungslos liebt. „Du bist mein geliebter Sohn, du bist meine geliebte Tochter.“ Nur beim Vater durch Jesus Christus im Heiligen Geist finde ich eine tragfähige und auf Dauer beständige Basis für mein Bedürfnis, geliebt zu werden. Von Jesus Christus, der für mich am Kreuz gestorben ist, werde ich nicht ablehnt, sondern angenommen, bedingungslos. Ich muss seine Annahme nur für mich in Anspruch nehmen, in Demut und Liebe. Dies wird nach all den schmerzlichen Erfahrungen der früheren Ablehnungen nicht leicht sein. Aber die Aussicht, ja Garantie, auf „Heilung“ lohnt der Mühen und der Tränen und der investierten Zeit.

Der Weg von der Ablehnung zur Annahme

Dieser Weg, „von der Ablehnung zur Annahme“, ist nur geistlich, pastoral, möglich, nicht ärztlich oder psychotherapeutisch. Ich nenne diesen Weg: „Heilung der Lebensgeschichte“. Er gliedert sich in mehrere Schritte, die am besten mit pastoraler Begleitung gegangen werden, wie schon erwähnt in Exerzitien oder in einem Heilungsseminar.

1. Der erste Schritt ist viel und hartnäckiges Gebet mit der Bitte um Gnade und Kraft, diesen Weg der Umkehr jetzt gehen zu können und um viel Heiligen Geist um die Wurzeln der Ablehnung zu erkennen.
2. Der zweite Schritt besteht in bedingungsloser Vergebung an all die

Menschen, die die von ihnen geschuldete Liebe nicht gegeben und damit die Ablehnung verursacht haben. Hier müssen Vater, Mutter, jedes der Geschwister, nahe Verwandte, Ehepartner, Schwiegervater, Schwiegermutter, andere Menschen, von denen man sich abgelehnt fühlt oder tatsächlich abgelehnt wurde, jeweils einzeln „durchgebetet“ werden. Dazu verweise ich auf die im ersten Teil des Vortrags gegebenen Empfehlungen mit den 3 Stufen der Vergebung:

1. Stufe: Loslassen, weggeben.
2. Stufe: Abgeben, übergeben. Abgeben, übergeben an Jesus Christus, ans Kreuz,.
3. Stufe: Übernehmen, bekennen, aufopfern, danken.

3. Der dritte Schritt ist die Bitte an Jesus Christus, mich an seine Hand zu nehmen, und zusammen mit ihm im Gebet alle Phasen und Stationen meines Lebens von der Empfängnis bis Heute in seinen einzelnen zeitlichen Abschnitten durch zu gehen, Empfehlungen, die ich erstmals bei Exerzitien von Pater Joseph Bill gehört habe. Diese zeitlichen Abschnitte sind:

1. Empfängnis, vorgeburtlich Embryo und Fetus,
2. Geburt
3. Säugling und Kleinkind bis zum 3. Lebensjahr, also die frühen Prägungsphasen
aber dann weiter die nachfolgenden Phasen des Lebens
4. die Kindergarten und Schulzeit etwa bis zum 12. Lebensjahr,
5. ab 12. Lebensjahr, Pubertätszeit bis zur Entscheidung der Berufung,
6. als Erwachsener in Ehe bzw. Ordensleben bzw. Priestertum

In jedem dieser zeitlichen Abschnitte wird Jesus jeweils gebeten, alle damals entstandenen inneren Wunden, Verletzungen und Vernarbungen, sowohl die im Bewusstsein wie die im Unterbewusstsein wie auch die im Unbewusstsein, mit seinem Heiligen Blut zu bedecken und zu heilen und mit seiner unerschöpflichen göttlichen Liebe die mir damals vorenthaltene menschliche Liebe zu ersetzen. „*Durch Seine Wunden sind wir geheilt*“ (Jesaja 53,5). Jesus Christus ist der Arzt!

4. Der vierte Schritt ist der sakramentale Schritt, Beichte und Eucharistie. Dies ist für mich unverzichtbar.

- In der Beichte muss an Gott abgegeben, be-, „rein“-igt, werden, in Demut und Reue: Die bisherige Nicht-Vergbung an den oder die Ablehnenden und der dadurch bedingte Groll, Zorn, Hass und all die negativen Empfindungen und Folgen (siehe oben) sowie die eigenen Lieblosigkeiten, die, bedingt durch die

eigenen früheren Verletzungen, später an andere weitergegeben wurden, denn aus dem „armen Opfer von damals“ wurde im Laufe des Lebens meist ein „gemeiner Täter von heute“.

- In der Eucharistie empfiehlt es sich dann, im Glaubensbekenntnis den Glauben zu bekennen und zu bekräftigen, insbesondere an die Erlösungstat Jesu am Kreuz; alles und alle vor Gott zu bringen; alles erlittene Leid aufzuopfern und stellvertretend Gott um Vergebung zu bitten für die meist ungesühnte Schuld der damaligen Täter, die vielleicht schon verstorben sind. Dadurch können die negativen Bindungen, die durch Ablehnung verursacht wurden, nicht an die nächsten Generationen „geistlich“ weiter vererbt werden. Nicht zuletzt ist „Eucharistie“ der Dank an Gott für meine Heilung und seine Annahme: Als sein geliebtes Kind bin ich von ihm auf Dauer bedingungslos angenommen!

Es ist Jesus Christus, der mich mit seiner Liebe heilt. Es ist Jesus Christus, der meine Ablehnung durch Andere in die Annahme durch Ihn wandelt. Und auf dieser Basis gelingt mir auch meine Selbstannahme: In dieser Liebe Jesu kann ich mir jetzt selbst alle meinen Selbstvorwürfe vergeben und mich jetzt auch selbst annehmen, mit all meinen Fehlern, Schwächen und Versäumnissen, mit all meinem Scheitern, mit all meiner Schuld. Denn ich bin ein bedingungslos geliebtes Kind Gottes, trotz all meiner Fehler, Schwächen und Versäumnisse, trotz all meinem Scheitern, trotz all meiner Schuld. Und ich kann somit als geliebtes Kind Gottes vor mir, vor den Menschen und vor Gott bestehen.

Sie haben gesehen, es ist **Jesus Christus**, der Sohn Gottes, unser Herr, der uns in seiner Liebe führt: Jesus spricht: „*Ich bin der Weg.*“ (*Johannes 14,6*). Jesus Christus ist der Weg!

Es ist Jesus Christus, der uns in seiner Liebe führt: den Weg aus der Unvergebenheit in die Vergebung, aus der Unversöhntheit in die Versöhnung, und wir haben gelernt: beides, Vergebung und Versöhnung, zu unterscheiden.

Es ist Jesus Christus, der uns in seiner Liebe führt: den Weg aus der Ablehnung in die Annahme.

Jesus Christus führt uns heraus aus den negativen Bindungen und Fesseln von Unvergebenheit und Ablehnung, hinein in die Freiheit der Vergebung und der Annahme, in die Freiheit der Kinder Gottes. Frei werden, frei sein und frei bleiben für die Liebe, schon hier auf Erden und dereinst in der Ewigkeit, das ist das Ziel, das ist der Sieg!

Jesus Christus ist der Arzt. Omnia ad majorem Dei Gloriam! Alles zur höheren Ehre Gottes!

Gedanken zur Freiheit

Josef Bättig

Wir erleben die verschiedenen Auffassungen von Freiheit von Luther und Erasmus.

Am Vatikanischen Konzil 1962-65 äussert sich Prof. Ratzinger zur Freiheit (Gaudium et spes): Ueber die Vorzüglichkeit der Freiheit.

Dorothea Welp hat mit ihrer Dissertation zur Freiheit bei Thomas von Aquin diesem Thema neue Aktualität verschafft.

Bättig beginnt mit Erasmus, der 1524 in **de libero arbitrio diatribe**, über die Umtriebe, das Zerreißen des freien Willens, Martin Luther antwortet. Dieser hatte **de servo arbitrio** veröffentlicht.

De libero arbitrio diatribe

1.9.1424 von Desiderius Erasmus von Rotterdam
(28.9.1469-12.7.1536)

Erasmus argumentiert gewollt nur mit der Bibel, da Luther ja die Literatur der Väter, Konzilien, Päpste, Philosophen und Scholastiker, sowie deren Theologen ablehnte. Er beherrscht die originalen Texte des AT wie des NT umgreifend, hatte er doch Luther seine Ausgabe der NT in Griechisch und Latein 1516 mit ausgiebigem Kommentar zur Verfügung gestellt-

Hauptargumente für den freien Willen aus der Schrift, von mir (Bättig) als wichtigstes bewertet, von Erasmus gebraucht.

„Dt.30,15-19: „Bedenke wohl: Ich habe dir heute Leben und Glück und andererseits Tod und Unglück zur Wahl vorgelegt...

Lk 17,10: ...da wir unnütze Knechte sind, haben wir getan, was wir tun mussten. Strafe und Lohn für was ?

1 Kor. 15,10: Durch Gnade Gottes bin ich was ich bin... nicht ich, sondern die Gnade Gottes mit mir (hier betont Erasmus das SYN).

Röm 8,27: Ebenso kommt auch der Geist unserer Schwachheit zu Hilfe“.

Dazu Erasmus:

„Als schwach wird niemals jemand bezeichnet, der nichts vermag, sondern jemand, dessen Kraft zur Durchführung seines Vorhabens nicht ausreicht.

Definition des freien Willens:

Unter freiem Willen verstehen wir in diesem Zusammenhang das Vermögen des menschlichen Willens, mit dem der Mensch sich dem, was zur ewigen Seligkeit führt, zuwenden oder abwenden kann.

Gesetzt, dass wirklich derjenige, der den Heiligen Geist hat, des Sinnes der heiligen Schrift sicher sei: Wie aber könnte auch mir die Gewissheit werden, die jener zu haben vorgibt? Was soll ich machen, wenn seitens mehrerer Leute verschiedene Sinndeutungen vorgebracht werden und wenn jeder einzelne schwört, er habe den Heiligen Geist? Ausserdem kann, da der Heilige Geist nicht ein und denselben Leuten alles eingibt, auch der in irgendeinem Punkt sich irren und täuschen, der den Heiligen Geist hat.

Dies sei denen erwidert, die so unbedenklich die Schriftauslegung der Kirchenväter verwerfen und die ihre eigene uns entgegensetzen, als wäre sie ihnen durch ein Orakel mitgeteilt. Schliesslich, den Fall gesetzt, Christi Geist habe es zugelassen, dass sein Volk in wesentlich weniger Fragen, wovon nicht gerade das Heil des Menschen abhängt, sich irren kann: Wer könnte glauben, dass dieser Geist viele hundert Jahre lang einen Irrtum seiner Kirche absichtlich übersehen habe und dass er von all den frommen und heiligen Vätern seiner Kirche keinen einzigen für würdig genug gehalten habe, um ihm das zu inspirieren, was angeblich das Hauptstück der ganzen evangelischen Lehre ist“?

„sie erdrosseln den freien Willen und behaupten, der Mensch werde nunmehr durch den Geist Christi gelenkt, dessen Natur Gemeinschaft mit der Sünde nicht zulässt. Zugleich aber sagen sie, dass der Mensch auch nach Empfang der Gnade nichts anderes als sündigen könne.“

Typisch Erasmus

„Wenn ich mir zutraue, verstanden zu haben, was Luther zur Sache sagt, so kann ich mich doch irren; deshalb will ich nur untersuchen, nicht richten, nur prüfen, nicht entscheiden, bereit von jedem beliebigem zu lernen, wenn etwas Richtiges oder Zuverlässiges vorgebracht werden sollte, obgleich ich mittelmässigen Köpfen geraten haben möchte, bei Fragen dieser Art nicht eben hartnäckig etwas zu verfechten, was eher der christlichen Eintracht schadet, als der Frömmigkeit hilft. So gibt es gewisse Irrtümer, die man besser nicht betrachtet, statt noch grösseres Unheil auszurichten, indem man sie auszumerzen versucht.

Wieviel Untersuchungen oder vielmehr Streitigkeiten hat uns die Unterscheidung der Personen (in der hl. Dreieinigkeit), die Art des Ursprunges (des hl. Geistes) und die Unterscheidung von Geburt (des Sohnes) und Ausgang (des hl. Geistes von Gott dem Vater) verursacht? Welche Unruhen hat in der Welt erregt die bittere Auseinandersetzung über die Empfängnis der jungfräulichen Gottesmutter !

Ich frage: Was ist aus diesen mühevollen Auseinandersetzungen bisher herausgekommen, ausser dass wir eine grosse Einbusse an Eintracht erfahren haben und weniger lieben, während wir allzu viel Wert darauflegen, verständig zu sein ?

So gibt es gewisse Irrtümer, die man besser nicht beachtet, statt noch grösseres Unheil anzurichten, indem man sie auszumerzen versucht. (Rep.v.Bättig)

Wenn der Leser gemerkt haben wird, dass das Rüstzeug meiner Streitschrift ebenso gut Stich hält wie das der Gegenpartei, dann erwäge er bei sich selbst, ob er der Privatmeinung von ein bis zwei Menschen mehr Bedeutung meint beilegen zu sollen. Nicht dass ich – wie es bei Sitzungen geschieht – von der Zahl der Stimmen und vom Rang der Sprecher die Entscheidung abhängig zu machen möchte. Ich weiss, es kommt oft wirklich vor, dass die bessere Partei durch die grössere überstimmt wird. Ich weiss, dass es nicht immer das Beste ist, was den Beifall der Mehrheit findet.

Wir streiten hier nicht um die Autorität der hl. Schrift... Um den Sinn der hl. Schrift geht unser Kampf.

Hier werde ich natürlich zu hören bekommen: „Erasmus möge Christum studieren und die menschliche Klugheit fallen lassen. Unsere Sache kann nur jemand verstehen, der den Geist Gottes hat.“

...“gleichwohl möchte ich gern erfahren, welchen Geist gehabt haben sollen all die vielen Lehrer und Völker der Christenheit ... die schon mehr als tausend Jahre lang die Sache nicht verstanden haben sollen-

NB Betr. De servo arbitrio von Luther:

(Wikipedia) ...Luther betritt ganz entschieden, dass der Mensch bezüglich des Willens Gottes einen freien Willen habe, als gegenüber dem was Heil bewirkt.

Ueber ewiges Heil und ewige Verdammnis entscheidet allein der Wille Gottes.

Gegenüber allem was ihm gleich oder unter ihm ist, hat der Mensch einen freien Willen.

Ueber die Vorzüglichkeit der Freiheit (Gaudium et spes Art .171
(Praestantia libertatis)

Die wahre Freiheit aber ist ein erhabenes Kennzeichen des Bildes Gottes im Menschen. Gott wollte nämlich den Menschen in der Hand seines Entschlusses lassen (Sir.15,14 .. relinquere in manu consilii sui ..) Die Würde des Menschen verlangt daher, dass er in bewusster und freier Wahl handle, das heisst personal, von innen her bewegt und geführt und nicht unter blindem innerem Drang oder blosserem äusserem Zwang.

Der eigentliche ontologische Gehalt der Freiheitsidee: Die Fähigkeit, das eigene Wesen anzunehmen und mit ihm eins zu werden, ist ebensowenig gesehen wie der dialogische Charakter der menschlichen Freiheit, die erst durch den unerzwingbaren Anspruch der Liebe zum ganzen Sein-Können ihrer selbst geführt wird.

... menschliche Freiheit besteht nicht in der abstrakten Auswahl zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten (d.h. Wahlfreiheit), sondern lebt ihrem Wesen nach im Angesicht Gottes und kann nur von diesem Gegenüber her begriffen werden.

... den Menschen als das freie Wesen zu bejahen, das sich zu sich selbst entscheiden muss

Soweit der Kommentar von Prof. Dr.theol Josef Ratzinger, Tübingen 1967, innerhalb der Konstitutio: „Gaudium et spes“ Vat.II. 1965.

Eigene Präzisierungen zur „Ontologie“ der Freiheit, angeregt durch die Dissertation von D. Welp 1979: Willensfreiheit bei Thomas v. Aq.

- 1. Wesen des Willens ist Hinneigung (Inclinatio) zu dem in seiner Gutheit universal erkannten Gut.*
- 2. Erkenntnis des konkreten Gutes, seines Seins, Soseins und Attraktion durch dieses Sein - nicht nur Wahlfreiheit.*
- 3. Reflexion zwischen Erkennen und Wollen.*

Oder voluntas ut voluntas: Geistige Strebetendenz auf den Wert als Wert. Anschluss des Wollens an das vorgeordnete Erkennen, das den Wirklichkeitsbezug des Wollens garantiert.

(Totius libertatis radix est in ratione constituta. De ver.q.24 a 21)

Oder: Positiv ist die Freiheit jene wesentliche Eigenheit der Person-eben wegen ihrer Geistigkeit-mit de Einsicht des Verstandes (Intellekt) und dem Streben des Willens (Voluntas)

den eigenen Willensvollzug ausführen.

Oder: Ich bin am vollkommensten frei, wenn mich nichts und niemand hindert so zu sein und zu tun wie es mir „gemäss“ ist – d.h. wie es (zu) mir „passt“ Mein eigentlicher Vollzug ist dann naturgemäss – meiner geistigen Menschennatur konform.

Widriges Tun entspräche nicht meiner Eigentlichkeit, wäre gegen mein „Wesen“. Dies geschieht beim Sündigen: Wesensfremdes Tun.

Oder: Freiheit ist Autodetermination zu werthaftern Realitäten, erfasst durch geistige Erkenntnisse am Absoluten orientiert.

Literatur: Freiheit von Jeanne Hersch



De libero arbitrio von Erasmus von Rotterdam, übersetzt von Otto S
Schumacher Göttingen 1983 Vom freien Willen.
Gaudium et spes Art 17 aus LRhK 1986 Bd 14/ Spalte 332 f

*

Gedanken zur Freiheit

Das feine Pendeln zwischen Verstandestätigkeit und Wollen.

Erklärungsversuch einer anhand einer gewöhnlichen, alten mit Gewichtssteinen austarierenden Waage.

Ich wäge indem ich das Gleichgewicht herzustellen versuche. Wenn ich auf einer Seite zuviel Gewicht setzt, korrigiere ich auf der andern, bis der Waagebalken in der Schwebe bleibt, oder gleichviel rauf und runter geht. Hier ein Bisschen mehr, da ein Bisschen mehr, bis zum Ausgleich. Noch nicht im Gleichgewicht:

Nochmals – nochmals.

Angewendet auf unsere Betrachtung:

Ich stelle mir eine Handlung vor Augen. Dass ich mir etwas vorstelle, „imaginiere“, und gerade dies und jetzt, benötigt einen Willensakt.

Zuerst kommt mir etwas in den Sinn, aber es kommt mir gar nicht vor mein geistiges Auge (den Verstand), wenn ich nicht will. Ich wähle schon bevor ich denke, aber wählen bedingt doch schon denken.

Ein hin und her. Es denkt nicht ohne zu wollen, es will nicht ohne zu denken Waage ! Was ist zuerst ? Wer beeinflusst wen ? Beides hat etwas für sich.

Das Höhere ist die Verstandesleistung, das Entscheidende ist der Wille.

Nicht entscheidend ist der Verstand; ohne ihn gäbe es auch nichts zu entscheiden.

Ja und jetzt ?

Da der Verstand durch den Willen geleitet (focussiert, eingestellt) wird, und der Wille durch die Einsicht-In (Verstand), ist der Entscheid immer ein Balanceakt zwischen beiden „angewendeten“ Fähigkeiten.

Unsere eigentliche, letztliche Qualität wird am Willensentscheid gemessen:

Gut oder Böses ?

Der Entscheid fällt immer im Einsehen und Wollen (des Einsehens) gemeinsam: im ABWÄGEN.

In Diskussionen erlebt man es oft, dass einer einfach nicht einsehen **will** und nicht, dass er nicht kann. Die möglicherweise evidente Einsicht wird willentlich umgebogen, vermorkt. Es wird beim Abwägen geschummelt, der „Daumen“ des Nichtwollens mitgewogen.

Die Freiheit des Willens ist auch die Freiheit des Verstandes. Nicht als ob der Verstand frei wäre. Aber er präsentiert das Objekt dem Willen, und diese dirigiert wiederum den Verstand. Der Wille winkt ab, wenn der Verstand etwas analysieren

will, das dem Willen nicht passt. Der Verstand analysiert aber so, dass der Wille fast nicht anders kann. Freiheit ist nicht etwas, das zum Willensakt hinzukommt. Die Freiheit ist dem Willen eigentlich, sonst wäre er eben nicht Wille. Gezielt aufs Gute kann er dies wählen, nicht nur in Wahlmöglichkeit dies oder jenes, sondern auch eigentlich wollen.

Es bringt vielleicht auch eine schöne Einsicht, wenn wir gerade hier die Möglichkeit des Verstandes zu Irren erwähnen und wiederum dessen Möglichkeit den Irrtum zu bemerken und zu korrigieren. Welches intrapersonales Hin und Her !

Selbsttötung um dem Leiden zu entgehen ?

Josef Bättig

Wenn ich hie und da jemandem verabschiede und dabei wünsche: „Blybet gsund“, höre ich oft als Antwort: „Ja, das isch s'Wichtigst“ ! Gesundheit ist unbezahlbar und wird allgemein als Geschenk betrachtet. Wenn schon Gesundheit ein Geschenk sein soll, ist das Leben umso mehr ein Geschenk. Woher – von wo – von wem, ist dies Geschenk ?

Sollen Geschenke geschätzt fortgeworfen werden, oder vielleicht sogar verdankt werden ?

Wie steht's nun mit DEM Geschenk, dem Leben ?

Wie reagiert der Mensch ganz allgemein naturgemäss bei einer erkennbaren schweren akuten Lebensbedrohung?

Tsunamibedrohung als Beispiel.

Vor wenigen Jahren, Ende Dezember 2004, erlitten mehr als 20'000 Menschen den Tod durch einen riesig ausgedehnten Tsunami. Wenn wir Gelegenheit hatten mit Ueberlebenden zu sprechen und sie zu fragen, wie und was sie erlebten, schilderten sie oft ihr unverdientes Glück, dass sie gesund mit ihrem Leben davonkamen. Was mich nur kurz erstaunte war die Erwähnung sehr vieler und sehr unterschiedlicher Davongekommener, dass sie in ihrer grössten Angst und Not beteten. Dies bestätigten sogenannte Gläubige, wie Areligiöse, Mohamedaner ebenso wie Buddhisten. Meine Folgerung daraus war: Bitten ums Leben scheint in einer solchen Situation wie ein naturgegebener Reflex da zu sein.

Weist dieses Beten etwa auf eine instinktive Erfahrung einer vorgegebenen Realität hin ?

Steht unser Dasein etwa in einer Relation zu etwas Absolutem ?

Erfahren wir dies existentiell und ungewollt in einer akuten Lebens-Gefahr ?

Wie steht's nun beim Leiden ?

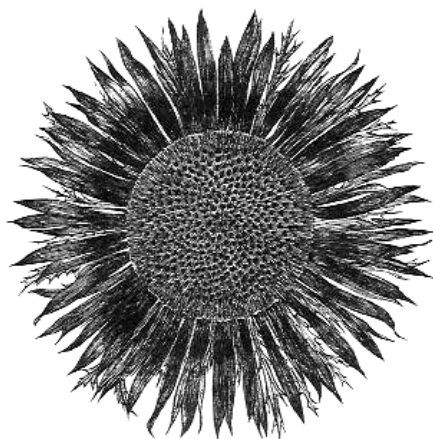
Zu leiden ist gegeben durch unsere „Naturkonstitution“. Damit inbegriffen, und belegt durch unsere Erfahrungen, besteht eine

Chance durch eigenes Leid zur vorgegebenen individuellen „Eigentlichkeit“ heranzureifen. Diese zeigt uns vor allem unsere volle Abhängigkeit und das „Geworfensein“ unserer Existenz. Leiden verhilft uns zu unserer Eigentlichkeitserfahrung. Sich dem Leiden zu entziehen durch Aufheben des Lebens ist ganz klar eine Zerstörung unserer Grundverfasstheit und unseres Eigenwertes. Die Leidensfähigkeit gehört zur uns vorgegebenen Natur, ob wir nun als entfernte Ursache die Kleromania des Eirenäus von Lyon (202+) oder Einsteins Meinung: Der Tod ist die Begleichung einer alten Schuld (Brief an Gertrud Warschauer 5.2.1955) akzeptieren.

Der Buddhismus zeigt in seiner Deutung des Leidens ebenso eine Interpretation unseres eigentlichen vorgegebenen Daseins. Der Hinduismus erklärt in seinen verschiedenen Formen in zum Teil tiefgreifenden Deutungen unserer menschlichen Realität. Beide sehen aber in einer vorzeitigen Beendigung des Lebens um dem Leiden zu entgehen keine valable Lösung einer uns vorgegebenen Wirklichkeit.

Ergebnis:

Jedes Leiden ist mit dem Geschenk des Lebens zu einer umfassenden Wirklichkeit zu verarbeiten und in unser Dasein zu integrieren. Den Tod herbeizuführen um dem „naturegegebenen“ Leid zu entgehen ist gegen die uns vorgegebene Grunddimension unseres Daseins.



Letzte Seite

Vorschau

20. September 2013: Marsch fürs Läbe in Zürich.

Info: rahelguerber@bluewin.ch, www.human-life.ch

1.-4. Oktober 2014: FIAMC-Kongress in Manila .“The Catholic Doctor in an Era of Secularization and Technology“.

Info: www.fiamc.org und ermannopavesi@bluewin.ch

21./22. November 2014: Gemeinsame Tagung IANFP/IGNFP/VKAS/HLI in Zürich:

„Christlicher Glaube und verantwortete Elternschaft – von Gott gewollte Mitarbeit und Mitverantwortung der Eltern zur Erhaltung der Schöpfung“ mit Frau Prof. Alma von Stockhausen (Gustav Siewerth-Akademie), Elisabeth Rötzer, Josef Lingenhölle und Podiumsdiskussion.

Ort: Universitätsspital Zürich, Kleiner Hörsaal PATH C22

Zeit: 09:15 Uhr bis 16:00 Uhr

Info: drniwa@bluewin.ch, huerzele@active.ch, rahelguerber@bluewin.ch, www.human-life.ch

17 gennaio 2015: Ritiro spirituale e Assemblea generale della Sezione svizzero-italiana dell'AMCS a Cademario. ***Info: ricerche@sunrise.ch***

14. März 2015 : Jahrestagung und Mitgliederversammlung VKAS in Fribourg mit Pater (Dr. med.) Johannes Osb (Disentis) und Dr. med. Roland Moser, Gynäkologe i.R. (Merzligen/Bern)

Info: rahelguerber@bluewin.ch, jungotto@kleinschoenberg.ch

Unsere Homepage: www.medcath.ch

Für Spenden oder den Mitgliederbeitrag: Zuger Kantonalbank: 80-192-9

IBAN: CH80 0078 7007 7040 8000 1

IMPRESSUM:

Rahel Gürber rahelguerber@bluewin.ch

Otto Jungo jungotto@kleinschoenberg.ch

Nikolaus Zwicky-Aeberhard nikolauszwicky@bluewin.ch

DRUCK: Druckerei Franz Kälin AG, CH-8840 Einsiedeln, www.druckerei-kaelin.ch

Erscheinungsdatum September 2014

Auflage 400

