



Inhalt AMCH 2/2018

Editorial	1
François Gachoud: Réflexions éthiques critiques sur les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales	3
Ein Leben für das Leben – Christoph Casetti 75jährig	8
Christoph Casetti: Seelen zwischen Erde und Himmel	9
Günter Rager: Ein Embryo ist mehr als ein Zellhaufen; Nachruf für Ronan O’Rahilly (13.9.1921-24.6.2018)	25
Susanne van der Velden: Restaurative Reproduktive Medizin	28
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Erhöhtes Herz-Kreislaufisiko bei IVF/ICSI-Kindern; Abstract aus: “Journal of the American College of Cardiology”: <u>Association of Assisted Reproductive Technologies (ART) with Arterial Hypertension during Adolescence</u>	38
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: 9. Marsch fürs Läbe 2018	40
Beatrice Gall: Medienmitteilung zum 9. Marsch fürs Läbe	41
Martina Lusser-Tschudi: Menschenhandel – ein globales Problem, das auch die Schweiz betrifft	43
Medienmitteilung von HLI und VKAS: Ist die Organentnahme nach Herz-Kreislaufstillstand illegal?	47
Ermanno Pavesi: Alle origini della bioetica	49
Letzte Seite	55

Editorial

Neue Richtlinien ***Umgang mit Sterben und Tod*** der SAMW:

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html>

Unser Vorstandsmitglied, Dr. med. Peter Ryser hat in der Zeit der Vernehmlassung einen bedenkenswerten Kommentar verfasst (Acta 1/2018, Seiten 40-44) und schon damals sehr grosse Bedenken angemeldet. Insbesondere wies er auf „eine elementar logische Widersprüchlichkeit“ hin: „Denn wenn einerseits Suizidhilfe nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist und den Zielen der Medizin widerspricht, kann der einzelne Arzt aufgrund eines Gewissensentscheids nicht zur Privatperson werden, wenn er Natriumpentothal verschreibt. Er verletzt vielmehr die allgemein anerkannten Regeln des Standesethos.“ Am 13. Juni 2018 wurden die neuen, bereinigten Richtlinien veröffentlicht.

Am 25. Oktober 2018 wird die Ärztekammer der FMH über die Aufnahme dieser Richtlinien in die Standesordnung zu befinden haben. In Übereinstimmung mit früheren unserer Stellungnahmen (AMCH 2/2008, AMCH 2/2014, AMCH 2/2017) lehnen wir die Richtlinien in der nun vorliegenden Form ab. Der Philosoph

Prof. François Gachoud, Bulle

hat uns seine *Réflexions éthiques critiques sur les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales* zur Publikation zur Verfügung gestellt. Dafür danken wir ihm herzlich. Ein grosser Dank geht auch an Dr. Otto Jungo, der den Kontakt zu Prof. Gachoud hergestellt hat. Dieser Beitrag von Prof. Gachoud ist sehr geeignet, Mitglieder der FMH-Ärztekammer im privaten Gespräch zu sensibilisieren und **wir bitten alle Leserinnen und Leser, in Kollegenkreisen, aber auch allgemein, auf diese Thematik einzugehen.**

Die beiden nächsten Beiträge betreffen **Dompropst Christoph Casetti**: zuerst die Gratulation zu seinem 75. Geburtstag und ein Hinweis auf die Festschrift *Ein Leben für das Leben*, dann die schriftliche Fassung seines Vortrags *Seelen zwischen Erde und Himmel* vom 17. März 2018 an der Jahrestagung in Uznach, in welchem er auch auf seine jahrelangen Erfahrungen im Befreiungsdienst eingeht.

Es folgt ein Nachruf für **Prof. Ronan O'Rahilly** von **Prof. Günter Rager** mit dem Titel *Ein Embryo ist mehr als ein Zellhaufen*. Prof. O'Rahilly bleibt uns in unvergesslicher Erinnerung: er referierte am VKAS/IANFP-Kongress (*Schwangerschaft, Geburt, das Kind – wo sind ethische Überlegungen gefragt?* in Sion 1994 unter dem Patronat von *S.E. Henri Cardinal Schwery*) zum Thema *La vie avant la naissance*.

Susanne van der Velden gibt in ihrem Referat *Restaurative Reproduktive Medizin* differenziert Auskunft über die weibliche und männliche Sterilität, die medizinischen und sozialen Rahmenbedingungen für eine Kinderwunschtherapie und schildert die NaProTechnology als bewährte Methode, die die Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit

strukturiert und konsequent aufdeckt und durch moderne konservative und chirurgische Therapieprotokolle behandelt.

Ein Abstract orientiert über das *erhöhte Herz-Kreislaufisiko bei IVF/ICSI-Kindern*, eine Arbeit, an der **Prof. Urs Scherrer** vom Inselspital Bern massgeblich beteiligt ist.

Die zwei folgenden Beiträge befassen sich mit dem *Marsch fürs Läbe 2018* in Bern, wo eine *Petition an den Bundesrat* lanciert wurde mit der Bitte, sich ein umfassendes wissenschaftlich gestütztes Bild über die gesundheitlichen Folgen von Abtreibungen zu verschaffen. *Diesem Heft liegt ein Unterschriftenbogen bei, weitere sind bei info@marschfuerslaebe.ch erhältlich.*

Martina Lusser-Tschudi, Mitglied des *Vereins ACT212* berichtet unter der Überschrift *Menschenhandel – ein globales Problem, das auch die Schweiz betrifft* über die Ziele ihres Vereins: Menschenhandel in der Schweiz und im Ausland bekämpfen, vermehrt Opfer von Menschenhandel und sexueller Ausbeutung identifizieren, Gewährleisten eines umfassendes Opferschutzes, Fachtagungen und Schulungen.

In einer gemeinsamen Medienmitteilung kritisieren **HLI** und **VKAS** die heute in der Schweiz geltende Verordnung betr. Todesfeststellung nach Therapieabbruch nach Herz-Kreislaufstillstand (DCD/NHBD) und fordern u.a. Swisstransplant auf, den Aufbau des Nationalen Spenderegisters auszusetzen, bis alle Unklarheiten beseitigt sind und garantieren, dass potentielle Organspender vor ihrer Registrierung umfassend informiert sind. *Siehe auch „Letzte Seite“!*

In seiner Arbeit *Alle origini della bioetica* geht **Ermanno Pavesi** auf Geschichte und Entwicklung der Bioethik ein. Der Begriff *Bioethik* wurde erstmals 1927 vom protestantischen Pastor Fritz Jahr (1895-1953) verwendet. 1970 nannte Van Rensselaer Potter die Bioethik „Die Wissenschaft des Überlebens“. 1971 wurde die Bioethik eine universitäre Disziplin als neue Form der Medizinethik. Der Autor weist auf aktuelle Gefahren hin, die mit der Bioethik verbunden sind, so auf die Wünsche des Patienten, die vor allem seinen subjektiven Bereich betreffen. Deshalb fordert *Edmund D. Pellegrino* (frei übersetzt): „Wir müssen von der Medizinethik bzw. Bioethik zu einer Moralphilosophie für die medizinischen Berufe weiterkommen.“

Beachten Sie auch die **Letzte Seite** mit wichtigen Terminen. Ein besonderer Termin ist hervorzuheben: **27. Oktober 2018: Tag des Lebens des Bistums Chur mit HLI im Pfarreizentrum Liebfrauen, Weinbergstrasse 36, 8006 Zürich: ORGANENTNAHME NACH HERZ-KREISLAUFSTILLSTAND: SIND ALLE SPENDER BEI DER ENTNAHME TOT? Mit den Referenten Pfr.Dr. Roland Graf, Dr. med. Ursula Knirsch und Dr. med. Peter Ryser. Info: www.human-life.ch**

Mit guten Wünschen

Rahel Gürber, Präsidentin

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident

REFLEXIONS ETHIQUES CRITIQUES SUR LES DIRECTIVES DE L'ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES

Dans ses directives médico-éthiques sur « L'attitude face à la fin de vie et à la mort », l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) fait des propositions hautement discutables. Promulguées en mai 2018, ces directives seront soumises à la fédération faîtière des médecins suisses (FMH) qui décidera celles qui seront retenues ou non le 25 octobre 2018. Je note pour ma part que, selon sondage, la majorité du personnel soignant est favorable à ces directives. Je propose ici un examen éthique critique de ces directives.

Ce qui traverse de bout en bout le texte des directives, c'est la remise en cause radicale de la reconnaissance d'un critère objectif jugé nécessaire pour fonder l'autorisation de recourir au suicide assisté. Elle le remplace par le seul critère de la subjectivité du patient en souffrance. Avec de lourdes conséquences qui en découlent.

1.1 Explications.

En principe et jusqu'ici, le choix de se donner la mort, avec une assistance possible selon l'art. 115 du Code pénal, était réservé aux seuls patients qui sont en fin de vie et qui souffrent d'une maladie incurable. Ce double critère garantissait l'objectivité fondant la pratique de l'assistance au suicide : la maladie est incurable et le patient est en fin de vie. Cette pratique relevait de l'exercice d'une expertise médicale. Le médecin posait des garde-fous qui ne sont pas requis par la loi mais par les codes de déontologie : la fin de vie est proche, la personne souffre d'une maladie mortelle et on explorait d'autres pistes pour pallier la souffrance de la personne malade. Mais depuis que les Associations *Exit* et *Dignitas* ont réussi à élargir l'assistance au suicide aux « polypathologies invalidantes », le patient n'est plus nécessairement en fin de vie et sa maladie n'est pas nécessairement incurable. L'ASSM emboîte clairement le pas et va même plus loin. Elle élargit le champ d'application « aux patients qui souhaitent une aide médicale pour mettre fin à leur vie, que la mort soit imminente ou non. » Elle ajoute : « le patient demande de pouvoir choisir le moment de sa propre mort » (ch.1 Champ d'application). Et elle précise qu'il s'agit bien de « patients dont le désir de suicide n'est pas motivé par une maladie » (ibidem).

Le seul motif alors avancé est celui de l'autodétermination du patient qui juge sa souffrance insupportable, quel que soit son âge. Ce qui justifie la demande de suicide assisté est donc une référence au seul sentiment subjectif du patient moyennant sa capacité de discernement. Ne prendre en compte que l'autonomie du patient et sa souffrance subjective, c'est pourtant prendre le risque de méconnaître le caractère souvent équivoque de la demande d'assistance au suicide. Mais L'ASSM n'hésite pas à privilégier ce seul critère : « Il n'existe aucun critère objectif pour évaluer la souffrance en général, ni le degré de souffrance supportable » (ch.2.2.4).

A partir de là, et selon cette logique, n'importe qui et quel que soit son âge peut revendiquer le droit au suicide assisté sur la base de sa seule estimation personnelle. L'ASSM exclut clairement la nécessité de se référer à un critère objectif. Mais ce n'est pas parce qu'une souffrance est toujours en effet vécue subjectivement qu'on doit en déduire l'exclusion d'un critère objectif définissable. Ce critère a été défini jusqu'ici par une situation et un état objectivement constatables : le patient est vraiment en fin de vie, sa mort est réellement imminente et sa maladie est incurable.

1.2 Un fâcheux laxisme.

L'ASSM change donc fondamentalement la donne. Il suffit au fond de dire : « Je me déclare fatigué de la vie et je suis capable de discernement. Donc je puis m'autodéterminer à choisir le suicide quand je veux puisque je trouve ma souffrance insupportable. » L'ASSM cautionne en fait cette démarche purement subjective. Elle propose certes à l'appui un principe éthique reconnu important : celui du droit à l'autodétermination du patient jugé capable de discernement. Mais en l'occurrence, il ne s'agit pas de nier la validité de ce principe. Il s'agit de considérer toute la gravité de son application. Car c'est ici la vie elle-même qui est remise en cause : le patient veut se donner la mort !

L'ASSM prend ainsi le risque de mettre les médecins dans une situation délicate, même difficile, car comment mesurer et évaluer une souffrance subjective déclarée insupportable, surtout s'il ne s'agit pas d'une maladie incurable ou dans le cas de personnes qui ne sont pas malades mais demandent assistance au suicide ou encore dans le cas d'adolescents en détresse pour des raisons qui, à cet âge, traduisent une fragilité évidente et des retournements de décisions courantes. Malgré toutes les précautions prévues par l'ASSM dans ses directives, il sera difficile, voire impossible, d'évaluer la situation de ces cas. Le critère de l'objectivité jusque-là admise, soit la fin de vie et la maladie incurable, offrent des garanties bien plus fiables.

1.3. « Les Fatigués de la vie ».

C'est l'expression privilégiée qu'on entend aujourd'hui pour justifier que certains veulent en finir avec la vie. Il en va là d'un euphémisme fort douteux pour exprimer la banalisation du suicide. Après tout, n'avons-nous pas été un jour, vous et moi, des « fatigués de la vie » ? Fatigués à cause d'une maladie qui n'était pas mortelle mais qui a fait beaucoup souffrir, fatigués à cause d'un burn-out difficile à vivre, à cause d'un divorce douloureusement traversé, d'une mise au chômage de longue durée ou de toute autre épreuve jugée à un moment donné insupportable ? L'idée d'en finir nous a peut-être effleurés. Mais nous avons réussi à surmonter l'épreuve bien que le degré de souffrance fût parfois élevé. Pourquoi ? Parce que nous avons en nous une faculté de résilience en vertu d'une foi en la vie plus forte que l'instinct de mort. Mais aussi et surtout parce nous avons trouvé auprès d'autrui une écoute attentive, une aide, un encouragement, une empathie active, une compassion qui nous a touchés précisément là où nous étions dans la souffrance, peut-être prêt à abandonner la partie, à en finir. Banaliser le suicide est une entreprise de destruction de la valeur la plus haute qui soit : notre vie elle-même !

De cet enjeu-là, qui est le foyer intime de notre existence personnelle et relationnelle, l'ASSM ne dit mot. Elle s'en tient souvent au caractère juridique du seul principe susceptible d'autoriser légalement la mort sans proposer de limites à la défense de la vie en jeu. L'Académie peut bien sûr se défendre de favoriser le suicide. Mais ce qu'elle ne voit pas, c'est que, si nous sommes des êtres évidemment vulnérables, nous sommes aussi des êtres de relation qui avons besoin des autres. C'est notre condition. La sociabilité est indispensable à notre état d'être humain vivant en société. L'isolement, la solitude sont le terreau fertile de l'enfermement sur soi et l'on sait que celui-ci est une des causes principales des tentatives de suicide. Non, il ne convient pas, comme le propose l'ASSM, de s'en référer à la seule détermination lucide du patient pour lui octroyer le droit de gagner sa mort assistée si facilement. Le patient en souffrance a besoin de tout autre chose : de retrouver le goût de vivre.

1.4. Une sacralisation de l'autonomie

Ce que l'ASSM ne voit pas et cautionne en fait par ses directives, c'est qu'on vit dans une société qui, depuis quelques décennies, a érigé l'individualisme en absolu. Chacun n'est responsable que de lui-même. Ce qui veut dire que chacun

est finalement considéré isolément, livré en effet à sa seule référence subjective. Nul n'est plus responsable de la détresse des autres. Combien de gens - surtout des jeunes qui sont fragiles et manquent de repères qui leur donneraient des raisons de vivre - combien de gens deviennent vulnérables et seuls. Ils sont parfois enfermés dans leur détresse en quête - au moins inconsciente - d'un salut souhaité. Va-t-on offrir à ces gens-là l'assistance au suicide parce qu'ils ressentent une souffrance jugée insupportable ? Il faut savoir reconnaître que nous vivons dans une société qui a littéralement sacralisé l'autonomie de l'individu. Une société dominée par le relativisme, où le chacun pour soi n'est plus basé sur des valeurs reconnues comme porteuses de sens durable. Chacun est invité, poussé à consommer la vie sans entraves, sans plus considérer les liens sociaux comme fondés sur un minimum d'altruisme, de fraternité et de solidarité. Valeurs qui permettraient à ceux et celles qui sont seuls et sans repères de trouver des raisons de vivre plutôt que des motifs de se donner la mort.

Il ne faut pas s'étonner de la montée en puissance d'associations comme *Exit* ou *Dignitas*. Elles deviennent avec le temps des organisations actives de la mort programmée, cherchant et trouvant leur place dans les EMS où l'on pratique pourtant tout le contraire, c'est-à-dire des soins palliatifs dans le seul but d'accompagner et de soulager les souffrances des personnes en fin de vie. Par ses directives, l'ASSM va dans le même sens que ces associations.

2. Etiam pueri ! (Même les enfants !)

Le point qui est le plus inadmissible dans la position de l'ASSM, c'est qu'elle n'hésite pas à stipuler que « les directives sont également applicables aux enfants et adolescents de tous âges. » (ch.1.1) Il est certes précisé « qu'il convient de vérifier au cas par cas la capacité de discernement par rapport à la décision à prendre. » Le texte poursuit : « Si l'enfant ou l'adolescent est capable de discernement, le droit de décision passe des parents à l'enfant. » (ch.2.1). Voilà donc l'enfant seul, avec tout le poids de sa détermination momentanée, mais toujours révocable !

On côtoie ici l'intolérable. Car quel enfant ou adolescent de 12 à 16 ans est réellement capable de discernement à un âge largement reconnu comme fragile, fluctuant, instable et susceptible de retournement complet par rapport à sa propre décision momentanée de se donner la mort ? Ce dont ces enfants et adolescents - soit disant capables de discernement durable et sans véritable

expérience de la vie - ont un urgent besoin, c'est d'une aide attentive pour les accompagner et leur donner des raisons de vivre. Des raisons de vivre et pas l'examen de leurs raisons de mourir ! Ils sont à cet âge-là en pleine construction d'eux-mêmes, en recherche de sens et de confiance en la vie pour préparer leur avenir, un avenir qu'ils voudraient stable, valorisant. Là se trouve très concrètement le lieu où l'on voit combien notre société est malade.

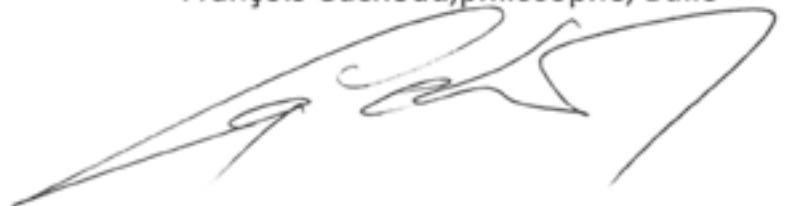
Comment l'ASSM peut-elle soutenir l'application du suicide assisté aux enfants sinon parce qu'elle va jusqu'au bout d'une logique mortifère ?

3. Le rôle du médecin

Qu'en est-il enfin du rôle du médecin selon l'ASSM ? En 2018, l'ASSM reprend la même optique que celle proposée en 2004 et 2013 : « L'aide au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale car elle est contraire aux buts de la médecine. » Le texte actuel le précise : « Le rôle du médecin face à la fin de vie et à la mort consiste à soulager les symptômes et accompagner le patient. Il n'est de son devoir ni de proposer une assistance au suicide, ni de la pratiquer. » (ch.6.2.1). Mais que lit-on un peu plus loin ? Ceci : « Si le patient persiste dans son désir (de suicide), le médecin peut, sur la base d'une décision dont il endosse personnellement la responsabilité, apporter une aide au suicide, sous réserve de cinq conditions » (dont les deux premières, les plus importantes, rappellent que « le patient doit être capable de discernement », puis que « son désir est mûrement réfléchi et ne résulte pas d'une pression extérieure »). Comment ne pas constater une contradiction entre l'affirmation selon laquelle l'aide au suicide est contraire aux buts de la médecine et l'affirmation opposée selon laquelle, dans la mesure où le patient veut vraiment se suicider, le médecin peut lui apporter une aide ? C'est cautionner ainsi, quelles que soient les cinq conditions édictées par précaution, que le médecin est partie prenante du processus organisé par les associations d'aide au suicide comme *Exit* ou *Dignitas*. Le texte le reconnaît : « Chaque soignant doit décider lui-même si, pour lui, cette assistance est conforme aux objectifs de la médecine ou non ». (ch.6.2.1). Il sait très bien que non !

Le 13.08.2018

François Gachoud, philosophe, Bulle



Ein Leben für das Leben – Christoph Casetti 75jährig

Wir gratulieren Dir, lieber Christoph, ganz herzlich zu Deinem Geburtstag und wünschen Dir Gottes reichen Segen – ad multos annos! Wir danken Dir für Deine Treue als Geistlicher Berater der Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz, eine Aufgabe, die Du seit Jahren mit grossem Engagement unermüdlich erfüllst.

Ein Leben für das Leben - so lautet der Titel der Festschrift, die Dir gewidmet ist:

Helmut Prader – Elisabeth Stengele (Hrsg.):

EIN LEBEN FÜR DAS LEBEN

Festschrift für Dompropst Christoph Casetti

Dominus-Verlag Augsburg 2018, www.dominus-verlag.de

Bestellung per eMail: bestellung@dominus-verlag.de

Diese anlässlich des 75. Geburtstags von Domprobst Christoph Casetti verfasste Schrift trägt genau den richtigen Titel. Seit jeher steht er ein für das Leben des Menschen von der Befruchtung über alle Lebensphasen bis zum irdischen Tod in Wort, Schrift und vor allem in seiner vielfältigen pastoralen Tätigkeit als überzeugter und beispielhafter Priester. Die Festschrift enthält eine äusserst wertvolle Sammlung von Beiträgen von Persönlichkeiten aus dem In- und Ausland, die dem Jubilaren in Gesinnung und Anliegen (und deren Bewältigung) sehr nahe stehen. Ein wirklich empfehlenswertes Buch, nicht nur für das Bücherregal.

Für die Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz:

Rahel Gürber, Rudolf Ehmann, Otto Jungo, Ermanno Pavesi, Peter Ryser, Niklaus Waldis, Nikolaus Zwicky-Aeberhard

TAGUNG “LEBEN IM ÜBERGANG”

Seelen zwischen Erde und Himmel

Gliederung: 1. Einleitung

2. Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Befreiungsdienst
3. Versuche, diese Erfahrungen zu deuten
4. Versuch einer theologischen Vertiefung
5. Zusammenfassung

1. Einleitung

Das Thema unserer Tagung hat der Vortrag von Dr. Enrico Frigg angeregt, den ich vor einiger Zeit schon in der psychiatrischen Klinik Waldhaus in Chur gehört habe. Seine Ausführungen über Nahtoderfahrungen hatten mich beeindruckt vor allem deshalb, weil er die Grenzen des naturwissenschaftlichen und schulmedizinischen Menschenbildes deutlich benannte. Das kam meinem Suchen und Fragen in den Erfahrungen des kirchlichen Befreiungsdienstes entgegen. Es sind dies auch Themen, welche die VKAS immer wieder beschäftigen, zum Beispiel beim Thema Hirntod.

Anknüpfen möchte ich direkt beim Vortrag von Dr. Frigg mit einer Ergänzung des vielen von uns bekannten und geschätzten Prof. Charles Probst. Er hat mir vor kurzem einige Notizen zu Erlebnissen in realer Todesnähe zukommen lassen. Sie entsprechen dem, was Dr. Frigg berichtet hat in allen Punkten. Eine besondere Note hat das Beispiel von 24 Patienten, welche in Todesnähe alles richtig gesehen hatten, obschon sie vor diesem Ereignis blind waren und

wiederum blind nach Erlangen des Bewusstseins. Fast die Hälfte von ihnen war blind seit Geburt, somit ohne optische Erfahrung (Beobachtungen von K. Ring u.a., Human Sciences Press, 1997).

Charles Probst stellt die zentrale Frage: Was bedeuten diese ausgewählten Fälle mit erhaltener Erinnerung trotz schwerster klinischer Ausfälle? Und er antwortet: Halluzinationen (Sinnestäuschungen ohne realen Hintergrund) sind bei unseren Fällen sicher ausgeschlossen. Es wird ja die Realität wahrgenommen, wenn auch unerklärbar. Auch die Berücksichtigung besonderer Einwirkungen (Sauerstoffmangel, Endorphine, Toxine) führt nicht weiter. Voreilige Schlüsse sind nicht erlaubt. Die Betroffenen waren ja noch nicht tot. Aber die gesicherten Befunde sprechen dafür, dass es geistige Funktionen wie Bewusstsein gibt ohne normale Hirntätigkeit sowie Wahrnehmung von Realitäten ohne normale Funktion der Sinnesorgane.

2. Erfahrungen im Zusammenhang mit meinem Befreiungsdienst

In Lourdes lernte ich einen jungen Franzosen kennen, der glaubensmässig etwas charismatisch ausgerichtet ist. Seit seiner Kindheit sieht und spürt er etwas mehr als durchschnittliche Gläubige und hilft im Heilungs- und Befreiungsdienst mit. Er berichtete uns, von einem Rosenkreuzer zu wissen, der seinen Körper verlassen könne.

Von einer Frau, die in einen satanistischen Zirkel hineingezeugt und -geboren wurde und darin über 20 Jahre gelebt hat, hörte ich, dass sie im Zirkel gelernt habe, den Körper zu verlassen und sich anderswohin, zum Beispiel auf Friedhöfe zu begeben.

Ein Priesteramtskandidat aus Afrika hat mir mitgeteilt, dass es in seiner Heimat Hexen gibt, die ebenfalls in der Lage seien, ihren Körper zu verlassen, um ihren Aktivitäten nachzugehen, und dann wieder in den Körper zurückzukehren.

Während die Nahtoderfahrungen ungeplant sind, gibt es offenbar auch mentale bzw. psychische oder spiritistische Techniken, welche vergleichbare Erfahrungen willentlich und wiederholt herbeiführen lassen.

Eine der eindrucklichsten Erfahrungen, die ich im Befreiungsdienst mache, ist die Begegnung mit Verstorbenen. Das spielt sich etwa so ab: Es kommt eine Person zum Gebet zu mir, welche den Eindruck hat, von einem oder mehreren Dämonen bedrängt zu sein. Wir beten für diesen Patienten um Befreiung. Dabei kann es zu Manifestationen kommen, welche typisch sind für eine Besessenheit oder eine Umsessenheit. Doch plötzlich haben wir den Eindruck, dass es da noch eine andere Anwesenheit gibt. Wir fragen nach: Wer bist du? Wie heisst du? Bist du eine Menschenseele? Wann hast du gelebt? Warum bist du hier? Durch die Person, für die wir primär beten, können sich Verstorbene aus allen Jahrhunderten, Männer und Frauen, junge und alte, ja auch Kinder melden, die vor ihrer Geburt gestorben sind oder getötet wurden. Wenn wir fragen, warum sie da sind und was sie getan haben, kommen in ihren Antworten alle schweren Sünden vor, welche der Katechismus kennt. Sie sind jedoch im Irrtum gefangen, dass ihre Taten unverzeihlich und sie deshalb dem Widersacher ausgeliefert seien. In einer kurzen Katechese erklären wir ihnen, dass Gott barmherzig und gross ist im Verzeihen, wenn wir unsere Untaten bereuen und bereit sind, Jesu Barmherzigkeit anzunehmen. Manchmal müssen wir einen Barmherzigkeitsrosenkranz beten, bis diese Verstorbenen bereit sind, um Verzeihung zu bitten, selber zu verzeihen und die Barmherzigkeit Jesu anzunehmen mit dem Schlüsselsatz: "Mein Jesus Barmherzigkeit!" Danach oder spätestens, wenn wir ihre Namen in einer heiligen Messe fürbittend nennen, werden sie frei und können ihren Ort jenseits des Todes finden.

Von solchen Erfahrungen berichten auch andere Exorzisten. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von 'herumirrenden Seelen'. Diese brauchen weniger Befreiungsgebete als Gebete für Verstorbene, wie die Kirche sie ja mannigfaltig kennt.

Verwandt mit diesen Erfahrungen sind natürlich alle Begegnungen mit Verstorbenen oder 'armen Seelen', wie sie auch genannt werden. Mehr Menschen, als wir vielleicht glauben, kennen solche Begegnungen, auch wenn sie in unserem Kulturkreis meist nicht gern darüber sprechen aus Angst, für verrückt gehalten zu werden. Es gibt Verstorbene, welche sich durch Spukphänomene bemerkbar machen, aber manchmal zeigen sie sich auch in mehr oder weniger menschlicher Gestalt.

Hier ist noch anzumerken, dass es solche Erfahrungen in allen Kulturen und bei allen Völkern zu geben scheint. Es scheint ein tiefes Wissen in der Menschheit zu geben, dass es ein Leben nach dem Tod gibt. Wir könnten hier zum Beispiel an das ägyptische Buch der Toten erinnern oder an das tibetanische Buch der Toten. In unserer katholischen Tradition sprechen wir in der Eschatologie vom Himmel, der Hölle und vom Fegefeuer oder Reinigungsort als mögliche Zustände oder Orte der Seelen nach dem Tod.

Bisher haben wir von Erfahrungen gesprochen. Nun müssen wir überlegen, wie wir diese Erfahrungen deuten und in unser Menschen- bzw. Weltbild einordnen können.

3. Versuche, diese Erfahrungen zu deuten

Im Folgenden halte ich mich vor allem an Überlegungen des belgischen Paters Joseph-Marie Verlinde. Wir begegnen bei diesem Thema zunächst zwei Schwierigkeiten. Die erste Schwierigkeit ist philosophischer Art. Wie ist eine

vom Leib unabhängige Daseinsweise der Seele zu denken? Und zwar einer Seele, die Bewusstsein hat und Gefühle, die sich ausdrücken und bemerkbar machen kann. Diese Schwierigkeit besteht nicht nur für das naturwissenschaftliche Denken, das als wirklich nur zulässt, was messbar, wiederholbar und kontrollierbar ist.

Sie besteht auch für die christliche Anthropologie, welche die Einheit von Leib und Seele so intensiv denkt, dass eine vom Leib unabhängige Daseinsweise der Seele kaum vorstellbar ist. Diesem Denken kommen jene biblischen Stellen entgegen, welche die Vorstellung nahelegen, dass der Mensch mit Leib und Seele stirbt und dass er nur als leiblich auferstandener nach dem Tod weiterleben kann. Diesem Denken kommt aber auch die aristotelisch-thomistische Sicht entgegen, welche den Tod definiert als Trennung der reinen Geistseele vom Leib im Moment des physischen Todes.

Hier gibt der katholische Philosoph Emmanuel Tourpe zu bedenken, dass einmal die Schwächen der thomistischen Anthropologie in Bezug auf das Leben der Seele nach dem Tod bekannt seien. Dazu kommt, dass die christliche Anthropologie der Gegenwart eine riesige Baustelle ist aufgrund von vielen neuen Fragestellungen. Deshalb wäre es falsch, das Thema der 'herumirrenden Seelen' grundsätzlich zu blockieren.

Neben den philosophischen Schwierigkeiten gibt es auch eine dogmatische Schwierigkeit. Die Kirche lehrt, dass das persönliche und endgültige Gericht für den Menschen sofort nach dem Tod stattfindet. Die Geistseele trennt sich vom Leib und empfängt sofort das Urteil: Himmel, Hölle oder Fegefeuer. Wo bleibt hier ein Raum für 'herumirrende Seelen'?

Kehren wir zu unserem Ausgangspunkt zurück, zu den Nahtoderfahrungen sowie zum gewollten und kontrollierten Verlassen des Körpers. Um diese Erfahrungen zu erklären gibt es die Hypothese der Existenz eines 'subtilen'

oder 'feinstofflichen' Körpers neben dem materiellen Körper. Dieser würde der lebenden Person erlauben, ausserhalb des fleischlichen Körpers eine psychische, ja in gewissen Fällen auch eine physische Tätigkeit auszuüben, ohne auf ihren materiellen Körper zurückgreifen zu müssen. In ihrem feinstofflichen Körper sind diese Personen in der Lage, zu sehen, zu hören. Sie scheinen, feinstoffliche Sinnesorgane zu haben.

Mit dieser Hypothese nähern wir uns esoterischen Ideen. Da würde man auch von geheimen Wissenschaften und der nötigen Einweihung in diese sprechen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einem 'energetischen Körper', der zwischen dem Materiellen und dem rein Geistigen angesiedelt ist, oder auch von einem Astralleib.

Wir sind hier ebenfalls im Bereich des Mediumismus. Allerdings scheint die zeitgenössische Wissenschaft noch kein Mittel gefunden zu haben, um eine Kommunikation herzustellen mit den Welten, in welche Menschen mit medialen Fähigkeiten eindringen.

In der Literatur wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass eine Seele versucht in den physischen Leib einer anderen Person einzudringen, indem sie in deren feinstofflichen Körper eindringt. Das wäre eine andere Art von Besessenheit als diejenige von Dämonen. Nun zu einigen Deutungsversuchen:

a) Der Spiritismus

Die Lehre des Spiritismus etwa von Alan Kardec, die sich als die Vollendung der Offenbarung von Jesus Christus versteht, geht auch von der Existenz herumirrender Seelen aus: "Sobald der individuelle Lebensplan erfüllt und damit die äussere, materielle Hülle abgenutzt ist und nicht mehr funktioniert, tritt der Zustand ein, den man im gewöhnlichen Leben 'Tod' nennt. Der Tod bewirkt die Zerstörung der materiellen Hülle - die Seele lässt diese Hülle fahren, wie der Schmetterling seine Puppe verlässt; aber sie bewahrt ihren

fluidischen Körper, den Perispirit, der ihr gestattet, den Raum zu durchheilen und mit der Geschwindigkeit des Gedankens die Fernen zu durchmessen” (www.alkastar.de/).

Es gibt auffallende Parallelen zwischen den Thesen des Spiritismus und den Nahtoderfahrungen: Befreit von seinem materiellen Körper bewegt sich die Seele mit ihrem feinstofflichen Leib auf das Licht zu. Sie wird empfangen von denen, die sie geliebt hat. Verborgenes kommt ans Licht, aber jeder ist sein eigener Richter. Die Seele erkennt ihr erreichtes Niveau, aber sie kann sich auch weiter entwickeln.

In Spiritismus begegnet man keinem persönlichen Gott. Dämonen und eine ewige Hölle werden geleugnet. Auch Satan ist nur ein Mythos.

Die Mehrzahl der spiritistischen Botschaften aus verschiedenen Epochen vertritt einen religiösen Relativismus. Die Verschiedenheit von Erfahrungen jenseits des Todes wird im Spiritismus erklärt mit unterschiedlichen Entwicklungsstufen des feinstofflichen Leibes der Verstorbenen. Diese hängen von Entscheidungen ab, welche während des irdischen Lebens getroffen worden sind sowie der entsprechenden psychischen und geistlichen Reife.

Allerdings gibt es auch Erfahrungen von verstorbenen Gläubigen, welche typisch christliche Eigenschaften haben. An dieser Stelle kann ich auf das Buch von Patrick Thellier hinweisen, des langjährigen Leiters des Bureau Médicale in Lourdes: “Expériences de mort imminente: Un signe du ciel, qui nous ouvre à la vie invisible”. Dennoch ist hier sorgfältig hinzuschauen. Bleiben diese Erfahrungen im Bereich spiritistischer Vorstellungen mit viel Licht und ohne einen personalen Gott? Das wäre unserem Glauben fremd. Denn nach der christlichen Mystik kann die Seele das wahrhaft übernatürliche Licht nur durch eine tiefe Dunkelheit hindurch und mit Hilfe der Gnade unseres Gottes erreichen.

Halten wir fest: Im Spiritismus finden wir eine entwickelte Lehre zur Frage des Weges der Seelen nach dem Tod, vereint mit ihrem feinstofflichen Leib, welcher eine seelische und geistliche Entwicklung erlaubt.

b) Orientalische Traditionen

Werfen wir einen kurzen Blick auf die orientalischen Traditionen. Auch im ägyptischen Buch der Toten verlässt der Verstorbene seinen Körper. Die Seele geht ihren Weg. Sie macht eine Reise, in der sie sich reinigen muss von niederen Wünschen und konfrontiert wird mit den Taten ihres irdischen Lebens. Es gibt ein Tribunal von 42 Richtern. Ähnlich ist es im tibetanischen Buch der Toten. Im Moment des Todes bleibt das bewusste Prinzip in der Nähe der fleischlichen Hülle, ohne zu wissen, wie ihm geschieht. Die Seele bleibt in der Nähe des Körpers entsprechend der vitalen Bindungen, die sie belasten. In einer weiteren Etappe geht es um die Beurteilung der guten und bösen Taten.

c) Die orthodoxe Tradition

Sie ist in unserem Zusammenhang deshalb interessant, weil wir in ihr im Gegensatz zur thomistischen Lehre die These finden, nach welcher die Seelen der Verstorbenen einen 'subtilen' Leib haben. Augustinus vertrat die Ansicht, dass nur Gott ein reiner Geist sei. Auch die Dämonen hätten einen 'luftigen' Leib, insofern sie Geschöpfe seien. Durch den Sündenfall ist der Leib des Menschen auf das Niveau der Tiere gefallen. Durch die Trennung der Seele und des Leibes im sichtbaren Tod gelangen wir wieder in den Bereich der Geistwesen. Allerdings ist dazu notwendig - zusammen mit der Gnade - der Kampf um die christliche Vollendung. Wir können hier nicht näher eingehen auf die orthodoxe Vorstellung des Gerichts, wonach die Seele die Erde verlässt unter der Begleitung von Engeln und dann eine ganze Reihe von 'luftigen' Zoll- oder Mautstellen passieren muss, um von ihren Sünden gereinigt zu werden.

d) Versuchen wir eine kritische Unterscheidung.

Die himmlischen Räume im Zusammenhang von Nahtoderfahrungen und Astralreisen unterscheiden sich klar vom Totenreich der jüdischen Tradition (Hades, Sheol), aber auch von den orientalischen Vorstellungen. Für diese ist der Übergang ins Jenseits auch mit Furcht verbunden. Er bedarf der Vorbereitung, der Begleitung, vor allem aber der göttlichen Gnade. Für jene läuft es auf die Offenbarung der immanenten Göttlichkeit des Menschen, ja auf seine Selbstvergöttlichung und Selbsterlösung hinaus. Für den christlichen Himmel ist die Begegnung mit Jesus Christus absolut zentral. Die absichtlich herbeigeführten Astralreisen haben meines Erachtens nichts zu tun mit dem Weg der Seelen, die wirklich im Tod von ihrem Leib getrennt worden sind. Die Astralreisen bewegen sich in einem für uns unsichtbaren Zwischenbereich, welcher zur geschaffenen und gefallen Welt gehört. Den Fürsten dieser Welt kennen wir (Joh 12,31). Es ist der Widersacher, der Teufel, der auch Satan heisst. Sein Reich kann in keiner Weise mit dem Himmel und auch nicht mit seinem 'Vorzimmer' identifiziert werden. Im Gegenteil! Es könnte sein, dass diese Astralwelt etwas zu tun hat mit dem, was der heilige Paulus anspricht, wenn er in seinem Brief an die Epheser sagt: "Denn wir haben nicht gegen Menschen aus Fleisch und Blut zu kämpfen, sondern gegen die Fürsten und Gewalten, gegen die Beherrscher dieser finsternen Welt, gegen die bösen Geister des himmlischen Bereichs"(Eph 6,11ff.). Damit deutet er den Bereich der gefallen Geister, der Dämonen an. Es ist zu prüfen, ob nicht der Widersacher, der Lügner von Anbeginn uns mit den Astralreisen verführen will in einen Pseudohimmel, welcher den ethischen und religiösen Relativismus bestätigt. Er möchte den Menschen wegbringen vom übernatürlichen Glauben und der übernatürlichen Hoffnung. Er will ihm einen schönen Himmel ohne Jesus Christus vorgaukeln. So könnten sich Astralreisen, aber auch gewisse Nahtoderfahrungen als Teil einer dämonischen Strategie entpuppen, den Menschen von der eschatologischen Hoffnung wegzubringen, welche der Tod und die Auferstehung Jesu Christi eröffnet haben. Die Astralwelt wäre dann

nicht das Vorzimmer zum Himmel, sondern eine ‘Todesfalle’, welche ‘den zweiten Tod’, das ewige Unheil des Menschen vorbereiten soll.

Auf diesem Hintergrund verstehen wir, weshalb die Heilige Schrift, die Tradition und das Lehramt immer und überall den Rückgriff auf den Spiritismus für dämonisch gehalten haben. Die subtilste Versuchung des Teufels für unserer Epoche, die so sehr hungert nach Wunderbarem, könnte genau das sein, dass wir die Erfahrung von astralen Energien mit wahren übernatürlichen Erfahrungen verwechseln.

Umso wichtiger sind für unser Thema die Zeugnisse der christlichen Offenbarung, wie wir sie zum Beispiel in der orthodoxen Tradition finden.

4. Versuch einer theologischen Vertiefung

Das Thema der ‘herumirrenden Seelen’ ist wichtig und gehört zu den Fragen der Eschatologie, der Lehre von den letzten Dingen. Diese allerdings ist in den letzten 50 Jahren eher vernachlässigt worden. Nicht zuletzt Christen in Afrika, aber auch manche Exorzisten machen die Erfahrung von Seelen, die gleichsam blockiert sind zwischen dem Diesseits und dem Jenseits, zwischen Erde und Himmel.

Wie ich schon sagte, hat die scholastische Theologie nach Thomas von Aquin Mühe mit diesem Thema, weil sie den Tod als den Moment der Trennung von Leib und Geistseele versteht. Dazu kommt das Dogma, dass nach dem Tod sofort das persönliche Gericht über das ewige Heil oder Unheil entscheidet. Aber der heilige Thomas war immer offen für neue und vernünftige Erkenntnisse. Er hat die Vernunft mit dem Glauben zusammengedacht. Wenn wir heute neue Erkenntnisse und Erfahrungen ernst nehmen, um sie in Verbindung mit unserem Glauben zu bringen, wenden wir die Methode des

heiligen Thomas an, ohne dass wir immer zu den gleichen Schlussfolgerungen gelangen müssen.

Das 2. Vatikanische Konzil sagt in der Pastoralen Konstitution *Gaudium et spes* über die Kirche in der Welt von heute: “Da nämlich Christus für alle gestorben ist (32) und da es in Wahrheit nur *eine* letzte Berufung des Menschen gibt, die göttliche, *müssen wir festhalten*, dass der Heilige Geist *allen* die Möglichkeit anbietet, diesem österlichen Geheimnis *in einer Gott bekannten Weise* verbunden zu sein”(22). Das hat Thomas noch nicht gelehrt. Zu seiner Zeit galt die Lehre, dass jede Person, die nicht in der Gnade und ungetauft ist, sogleich nach dem Tod in die Hölle kommt. Die ungetauften Kinder kommen in den Limbus, welcher als eine Hölle ohne Leiden gedacht wird.

Um bei unserer Frage weiterzukommen, können wir festhalten, dass die alte Definition des Todes als augenblickliche Trennung von Seele und Leib nicht Teil des Dogmas ist. Das ermöglicht uns, eine theologische Hypothese vorzuschlagen, die ein weiteres Nachdenken ermöglicht. Sie enthält zwei Thesen:

1. Die Toten sind keine reinen Geister, sondern nehmen ihr sensibles Leben mit.

Sie behalten nicht nur die reine Intelligenz und den Willen, sondern haben Sinneswahrnehmungen und seelische Empfindungen, wie es die Nahtoderfahrungen gezeigt haben. Es ist nicht unsinnig zu denken, dass eine subtile Leiblichkeit den physischen, fleischlichen Tod überlebt.

2. Eine andere Definition des Todes ist denkbar.

In seiner Enzyklika über die Hoffnung *Spe salvi* sagt Papst Benedikt XVI.: “Einige neuere Theologen sind der Meinung, dass das verbrennende und zugleich rettende Feuer Christus ist, der Richter und Retter. Das Begegnen mit ihm ist der entscheidende Akt des Gerichts. Vor seinem Anblick schmilzt alle

Unwahrheit. Die Begegnung mit ihm ist es, die uns umbrennt und freibrennt zum Eigentlichen unserer selbst. Unsere Lebensbauten können sich dabei als leeres Stroh, als bloße Großtuerei erweisen und zusammenfallen. Aber in dem Schmerz dieser Begegnung, in der uns das Unreine und Kranke unseres Daseins offenbar wird, ist Rettung. Sein Blick, die Berührung seines Herzens heilt uns in einer gewiss schmerzlichen Verwandlung ‘wie durch Feuer hindurch’”(47).

Dieser Text ermöglicht, im Tod einen Zeitraum zu sehen, in dem Verschiedenes möglich ist. Das erinnert an eine These, die von verschiedenen Theologen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vertreten, jedoch vom Heiligen Offizium als häretisch verurteilt worden ist: Jede Seele erhalte in der Stunde des Todes die Gnade einer letzten Erleuchtung (*illuminatio finalis*), welche es ihr ermögliche Christus anzunehmen oder abzulehnen. Ähnliche Gedanken der hl. Faustina Kowalska sind ebenfalls noch vom Heiligen Offizium unter Kardinal Ottaviani und Papst Johannes XXIII. verurteilt worden. Doch die Geschichte hat sich gewendet. Papst Johannes Paul II. hat nicht nur ihre Schriften rehabilitiert, sondern sie auch heiliggesprochen. Bei seinen Verurteilungen stützte sich das Heilige Offizium auf die philosophische Definition des Todes der Scholastik. Heute jedoch brauchen wir eine theologische Definition des Todes.

Drei Wahrheiten müssen wir nun versuchen, zusammen zu denken. Die erste Wahrheit ist: Um zum Heil zu gelangen, muss man Jesus Christus begegnet sein, sich von ihm lieben lassen und ihn lieben, sich für ihn entscheiden und in einer tiefen Freundschaft mit ihm verbunden sein. Denn wir glauben, dass Jesus Christus der einzige und wahre Erlöser ist. Alle Geretteten verdanken ihr Heil letztlich ihm.

Die zweite Wahrheit, die wir beachten müssen, sagt: Nach dem Tod kommt jeder Mensch sofort in die Hölle, der nicht in der Gnade ist. Die Kirche lehrt das individuelle Gericht nach dem Tod. Und auch Jesus spricht von der

Möglichkeit der ewigen Verdammnis. Doch Thomas von Aquin weiss auch, dass im Evangelium von Menschen die Rede ist, welche Jesus nicht kennen, aber auf Grund ihrer Liebe gerettet werden. “Was ihr einem meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan”, sagt Jesus in seiner grossen Rede über das Weltgericht (Mt 25,31-46). Bei diesen vermutet auch Thomas eine besondere göttliche Offenbarung. Doch auf dieser Vermutung lässt sich keine Lehre aufbauen.

Deswegen greifen wir die dritte Wahrheit auf, die wir bei den Konzilsvätern des 2. Vatikanischen Konzils gefunden haben: “Wir müssen festhalten, dass Gott jedem Menschen sein Heil anbietet durch ein ihm bekanntes Mittel”.

Weil es Millionen von Menschen gibt, denen das Heil im irdischen Leben nicht angeboten wird, und weil ich weiss, dass Gott es jedem Menschen anbieten will, darf ich annehmen, dass er dies im Durchgang oder Übergang des Todes tut.

Es gibt durchaus biblische Texte, welche diese Hypothese unterstützen. So kennt die Heilige Schrift einen Aufenthaltsort der Toten, den Sheol auf hebräisch bzw. den Hades auf griechisch. Wir glauben, dass Jesus am Karsamstag in dieses Reich des Todes hinabgestiegen ist, um die dort gefangenen Toten zu befreien. Es ist ein trauriger und düsterer Ort. Es gibt aber auch im Buch der Makkabäer die Vorstellung eines vorläufigen Paradieses. Im Gleichnis Jesu vom reichen Mann und dem armen Lazarus findet sich ein Niederschlag davon, wenn Lazarus im Schoss Abrahams geborgen ist. Papst Benedikt XVI. sieht übrigens den reichen Mann nicht in der Hölle, sondern im Fegefeuer, weil er sich Sorgen macht um seine noch lebenden Brüder.

Der französische Theologe Arnaud Dumouch möchte das alttestamentliche Buch Exodus mit Bezug auf die Kirchenväter auslegen als ein eschatologisches Buch zum Übergang des Todes. Dabei symbolisiert Ägypten das irdische Leben. Der Auszug aus Ägypten ist ein Bild für den Tod. Die Weigerung, ins

gelobte Land hineinzuziehen, die Ablehnung des Todes, führt zum 40jährigen Aufenthalt in der Wüste. Erst danach sind sie bereit, den Jordan zu überqueren und sich dem endgültigen Gericht zu stellen.

Es gibt auch Erfahrungen von Heiligen, welche unsere Hypothese stützen. Im Buch des heiligen Bernhard über das Leben des heiligen Malachias finden wir eine besonders eindrückliche Erfahrung: Der heilige Malachias sah eines Tages seine Schwester, die vor einiger Zeit verstorben war. Sie verbrachte ihr Fegefeuer auf dem Friedhof wegen ihrer Eitelkeit, wegen der Sorgen, die sie sich um ihre Frisur und ihren Körper gemacht hatte. Sie war dazu verurteilt, sich beim eigenen Grab aufzuhalten, wo sie bestattet worden war. Sie sollte als Busse der Auflösung ihres Leichnams beiwohnen. Der Heilige brachte für sie während 30 Tagen das heilige Messopfer dar. Danach sah er von neuem seine Schwester wieder. Dieses Mal war sie verurteilt, ihr Fegefeuer an der Kirchtüre zu beenden, zweifellos wegen ihrer Unehrfürchtigkeiten an heiligem Ort, vielleicht weil sie die Gläubigen von der Aufmerksamkeit auf die Heiligen Geheimnisse abgelenkt hatte.

Diese Geschichte kann so ausgelegt werden, dass Gott gewissen Seelen erlaubt, ihr Fegefeuer an Orten auf dieser Welt abzubüssen, die einen besonderen Zusammenhang mit ihrem irdischen Leben haben. So sind uns Seelen von Mitgliedern eines satanistischen Zirkels begegnet, die ihr Fegefeuer abbüssen bei einem der überlebenden Opfer des Zirkels, indem sie dessen bisher verdrängte bzw. dissoziierte Schmerzen übernehmen. Wir können die Geschichte der Schwester des Malachias aber auch so auslegen, dass sie, jung und lebenshungrig wie sie war, sich mit ihrem Tod nicht abfinden konnte und hoffte, sich mit ihrem Körper wieder vereinen zu können. So blieb sie an ihr Grab gebunden. Die heiligen Messen ihres Bruder verhalfen ihr zu einer Reifung. Sie war nun zwar noch nicht in der Kirche, aber schon an der Türe der Kirche. Sie wahr auf dem Weg, ihr irdisches Leben loszulassen.

Übrigens war auch die französische Mystikerin Marthe Robin davon überzeugt, dass der Übergang des Todes 3 - 4 Tage, ja eine Woche dauern kann. Sie sagte einmal aus aktuellem Anlass: Wenn junge Leute, die nicht praktiziert haben, sterben, ohne Jesus zu kennen, werden mehrere Stunden, ja sogar mehrere Tage vergehen vor dem definitiven Gericht. Der Herr wird sich ihnen in seinem ganzen Licht zeigen. Er wird sie fragen: Willst du meine Liebe? Und im Allgemeinen sagen die Jungen: Ja!

Fassen wir die bisherigen Überlegungen wieder kurz zusammen:

- Die Toten sind nicht reine Geister, sondern sie haben einen seelischen 'Körper': sie sehen und hören und haben Gefühle.
- Schon vor ihrer Auferstehung sind sie in einer sensiblen Welt. Sie können mit ihren Augen den Leib Christi sehen und die Heiligen, die ihnen erscheinen.
- Der Tod ist nicht ein blosser Moment, obschon die philosophische oder medizinische Definition dies vermuten lässt. Durchgang oder Aufenthalt im Sinne des Sheol/Hades ist die biblische und theologische Definition.
- Wenn der Tod ein Durchgang ist bzw. ein Aufenthalt, dann können sich hier Dinge ereignen, ohne dass man gegen dogmatische Lehren verstösst.
- Jeder Mensch kann in diesem Durchgang die Verkündigung des Evangeliums empfangen, dann kommt das Ende, das heisst der Eintritt in die andere Welt. So wird jedem Mensch das Heil angeboten auf eine Weise, die Gott kennt.

5. Zusammenfassung: Was sind 'herumirrende Seelen'?

Es sind Personen, die sterben und nicht bereit sind, sich der jenseitigen Welt zu stellen und in sie einzugehen. Vielleicht hat eine Person das Sakrament der Krankensalbung nicht empfangen, das hilft, sich von der Erde zu lösen. Eine andere Person ist möglicherweise zu sehr an die materiellen Güter gebunden, wie der Geizige, von dem Jesus spricht, der für sein Getreide immer neue Scheunen baut und der auch noch nach dem Tod eigensinnig bleibt. Ein anderer

wiederum hat sich das Leben genommen. Seiner Angst ausgeliefert im Übergang des Todes, entdeckt er die Trauer jener, die er auf Erden zurückgelassen hat. Er bleibt auf Erden im Sheol und versucht, den angerichteten Schaden wieder gut zu machen. Man könnte an einen verstorbenen Kriminellen denken, der im Zorn gefesselt bleibt an den Richter, der ihn verurteilt hat. Solche Seelen bleiben gebunden an das irdische Leben. Zunächst versuchen sie, von ganzem Herzen weiterzuleben. Sie möchten in ihren Körper zurückkehren oder, wenn das nicht möglich ist, vielleicht sogar in einen fremden Körper eintreten. Hier könnten wir übrigens eine andere Erklärung finden für Erfahrungen, die als Reinkarnationen gedeutet werden: Ich war nicht früher eine ägyptische Prinzessin, sondern die herumirrende Seele einer ägyptischen Prinzessin sucht bei mir Hilfe. Solche Seelen können ihren Tod nicht annehmen. Wenn schwere Sünden ihr Gewissen belasten, haben sie Angst, sich dem Richter zu stellen, von dem sie nicht wissen, dass er alles verzeiht, dass er demütig ist und die Liebe in Person. Wenn Seelen in diesem Zustand sind, respektiert Christus diesen Zustand. Er wartet, bis diese Seelen jeder Anhänglichkeit an das irdische Leben zu entsagen bereit sind. Er lässt sie im Sheol, um sie zu retten. Solange sind sie blockierte oder eben 'herumirrende Seelen', Seelen zwischen Erde und Himmel.

Chur, 19. Februar 2018

Christoph Casetti

Der folgende Artikel wurde am 27.7.2018 in der NZZ / Forschung und Technik / Seite 52 publiziert, der nachfolgende Abdruck erfolgt im Einverständnis des Autors und der NZZ.

Ein Embryo ist mehr als ein Zellhaufen

Wann beginnt menschliches Leben? Und wie genau? Der vor kurzem verstorbene Embryologe **Ronan O’Rahilly** hat wichtige Grundlagen für sein Fachgebiet geschaffen.

Von GÜNTER RAGER

Wenn man heute über Embryologie spricht oder liest, dann geht es meistens um die künstliche Befruchtung (IVF), Embryonenforschung, Stammzellen und was man alles aus ihnen machen kann, Präimplantationsdiagnostik und Eingriffe in das Genom. Nur selten fragt man sich: Wer oder was ist das eigentlich, an dem wir forschen, in das wir eingreifen? Wie entwickelt sich dieser Embryo von sich aus? Wie kann man präzise über diese Entwicklung sprechen?

Diese Fragen beschäftigen die Embryologen seit langem. Erste Untersuchungen zur Embryonalentwicklung von Tieren finden wir schon bei Aristoteles. Vor 200 Jahren setzte die wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet ein. Die Entwicklung menschlicher Embryonen wird aber erst Ende des 19. Jahrhunderts beschrieben. Der Basler Anatom und Physiologe Wilhelm His (1831-1904) war der erste bedeutende Humanembryologe. Er erfand eine Technik zur Herstellung von Serienschnitten von fixierten Embryonen. Daraus konnte er die dreidimensionale Form der Embryonen rekonstruieren, eine Technik, die in der Folgezeit immer mehr vervollkommen wurde, so vor allem durch Erich Blechschmidt (1904-1992).

Ungenaue Altersbestimmung

Damit war es möglich, die Entwicklung der Embryonen dreidimensional, wenn auch noch lückenhaft, zu verfolgen. Seine Ergebnisse beschrieb His in seinem dreibändigen Hauptwerk „Anatomie menschlicher Embryonen“ (1880-1885). Der nächste bedeutende Schritt erfolgte mit dem Werk von Franz Julius Keibel und Franklin Paine Mall: „Manual of Human Embryology“ (1912). Keibel war deutscher Anatom und Entwicklungsbiologe, Mall ein amerikanischer Anatom und Embryologe. Mall gründete die Carnegie Embryological Collection in Baltimore, die sich mit der Zeit zur wichtigsten Sammlung menschlicher Embryonen in der Welt entwickelte. Die Bestimmung des Entwicklungsstandes der Embryonen war aber noch sehr ungenau. Das Alter konnte man nur ungefähr – und vor allem anhand der Grösse – abschätzen. George L. Streeter, der Nachfolger von Mall als Direktor dieser Sammlung, legte mit einem fünfbändigen Werk die Basis für eine Stadienbestimmung menschlicher Embryonen („Developmental Horizons in Human Embryos“, 1942-1951).

Hier setzte Ronan O’Rahilly an – und brachte die Wissenschaft einen entscheidenden Schritt weiter. Er wurde am 13. September 1921 in Cork, Irland, geboren. Nach dem Medizinstudium war O’Rahilly zunächst in verschiedenen klinischen Positionen tätig. 1946 wurde er Lecturer für Anatomie an den Universitäten Durham und Sheffield, 1950 Professor an der Wayne State University in Detroit. 1962 wurde er ordentlicher Professor für Anatomie an der Saint Louis University. Sieben Jahre später folgte er einem Ruf an die Carnegie Institution of Washington in Baltimore, dem Sitz der international bedeutendsten Sammlung menschlicher Embryonen.

Dort begann er mit der Arbeit an der Definition der Stadien der menschlichen Entwicklung. Da Alters- und Grössenangaben unzuverlässig waren, legte O’Rahilly Merkmale und Kriterien fest, mit denen ein embryonales Entwicklungsstadium exakt definiert werden konnte. Die so festgelegten Stadien reichen von der Fertilisation (Befruchtung, Stadium 1) bis zum Ende der Embryonalzeit (Ende der 8. Entwicklungswoche, Stadium 23).

Die erste Beschreibung veröffentlichte er 1973. Eine revidierte Version erschien 1987 in Zusammenarbeit mit seiner Frau Fabiola Müller („Developmental Stages in Human Embryos“). Die von O’Rahilly definierten Stadien werden oft als Carnegie-Stadien bezeichnet, weil die Embryonen für die Stadienbestimmung hauptsächlich aus der Carnegie-Sammlung stammten. Die Einteilung diente auch als Vorbild für Stadienbestimmungen bei verschiedenen Wirbeltieren.

Tätigkeit in Freiburg

Die Carnegie Collection wurde 1960 von Baltimore nach Washington und 1973-1974 an die University of California in Davis verlegt. O’Rahilly wurde zum Direktor dieser Sammlung ernannt und zugleich zum Ordinarius für Humananatomie. Später wurde er auch noch Professor der Neurologie. Nach seiner Emeritierung 1990 kam er an das Institut für Anatomie und spezielle Embryologie der Universität Freiburg i.Ü. Hier arbeitete er weiter an der Verfeinerung seiner Stadienbeschreibung und insbesondere an der Entwicklung des menschlichen Gehirns.

2001 erschien sein international geschätztes Lehrbuch der Entwicklung des menschlichen Embryos („Human Embryology and Teratology“) in dritter Auflage, 1999 der Atlas der Entwicklungsstadien des menschlichen Gehirns („The Embryonic Human Brain“) in zweiter Auflage, beide Bücher in Zusammenarbeit mit seiner Frau. In Freiburg nahm O’Rahilly mehrere Jahre lang einen Lehrauftrag zur Entwicklung des menschlichen Embryos wahr. Sein Unterricht wurde von den Studierenden sehr geschätzt.

O.Rahilly hat mit seinem Werk internationale Standards für die Humanembryologie gesetzt, die von den meisten Embryologen anerkannt werden. Damit hat er präzise Grundlagen geschaffen, auf die sich sowohl Gynäkologen als auch Reproduktionsmediziner beziehen. Für Zell- und Molekularbiologen sowie für die Embryonen- und Stammzellforschung ist sein Werk eine unverzichtbare Referenz.

Obwohl O’Rahilly sich stets auf streng wissenschaftliche Aussagen beschränkte, kann man weitreichende Schlüsse daraus ziehen. So etwa, dass sich die menschliche Entwicklung kontinuierlich vollzieht. Es gibt kein Moment, an dem etwas völlig Neues geschieht. Die Entwicklungsstadien gehen kontinuierlich ineinander über. Anscheinend neue Phänomene lassen sich als Ergebnisse der vorausgegangenen Prozesse beschreiben. Selbst die Fertilisation ist kein punktuell Ereignis, sondern laut O’Rahilly „eine Abfolge von Ereignissen. Sie beginnt, wenn ein Spermatozoon (Samenzelle) Kontakt macht mit einer sekundären Oozyte (Eizelle nach der ersten Reifeteilung) (...), und endet mit der Vermischung von mütterlichen und väterlichen Chromosomen in der Metaphase der ersten mitotischen Teilung der Zygote.“ Die genaue Betrachtung der menschlichen Entwicklung ergibt denn auch keine Anhaltspunkte dafür, das Menschsein später beginnen zu lassen als mit der Fertilisation. Trotzdem gibt es Versuche, einen späteren Beginn des Menschseins festzulegen, sei es am Ende der ersten Woche (Implantation), am Ende der zweiten Woche (Entstehung des Primitivstreifens) oder gar erst nach 8 Wochen. Keine dieser Festlegungen lässt sich von der Embryologie her rechtfertigen. Sie sind eher interessengeleitet. Entsprechend haben sie sich auch mit dem Wandel der Interessen geändert.

Einheit des Embryos zerstört

Weit verbreitet ist heute die Rede vom Zellhaufen. So hat Bundesrat Berset in einer Ausgabe der Fernsehsendung „Arena“ festgestellt: „Der Embryo ist ein Zellhaufen, der sich später entwickeln kann zu einem Menschen“. Aus dieser Sicht lassen sich natürlich alle möglichen Eingriffe in das embryonale Leben rechtfertigen. Die bundesrätliche Aussage beruht jedoch auf einem Artefakt. So wurden in den Medien rasterelektronenmikroskopische Bilder von einem Blastomerenstadium (Stadium 2) publiziert, bei dem die schützende und die Einheit des Embryos garantierende Hülle, die Zona pellucida, entfernt war, um die Zellen zu zeigen. Damit hatte man aber einen wesentlichen Teil des Embryos entfernt und so die Einheit des Embryos zerstört.

Ronan O’Rahilly war ein Mann mit scharfem Intellekt, einem ausgezeichneten Gedächtnis und einem grossen Interesse an kulturellen Ereignissen. Freundschaften waren ihm ein hoher Wert, den er sorgfältig pflegte. Zugleich zeichnete ihn eine grosse Bescheidenheit aus. Er stellte sich nie in den Mittelpunkt, verwies nie auf seine Leistungen. Bis zum Schluss war er hellwach, geistig rege und humorvoll. Völlig unerwartet und plötzlich verstarb er am 24. Juni 2018 auf Grund einer akuten Erkrankung.

Günter Rager ist emeritierter Ordinarius und Direktor des Instituts für Anatomie und Spezielle Embryologie der Universität Freiburg i.Ü.

Selbst die Fertilisation ist kein punktuell Ereignis, sondern laut O’Rahilly „eine Abfolge von Ereignissen“.

Restaurative Reproduktive Medizin

Einführung

Während der letzten ca. 30 Jahren hat die reproduktive Medizin durch die Einführung der künstlichen Befruchtung umfangreiche Veränderungen erfahren. Weitgehend unabhängig von der Ursache der Sterilität können durch eine Instrumentalisierung des Konzeptionsvorganges Schwangerschaften herbeigeführt werden.

Dies hat große medizinische, soziale, finanzielle, juristische und ethische Entwicklungen ausgelöst und eine Vielzahl von Fragen aufgeworfen.

Im Schatten dieses gewaltigen Umbruchs hat eine bekannte Richtung in der Therapie von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch eine Renaissance erlebt: die "restaurative (wiederherstellende) reproduktive Medizin". Durch die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit von Mann und Frau wird eine spontane Konzeption ermöglicht. Die restaurative reproduktive Medizin umfasst alle konservativen und chirurgischen medizinischen Maßnahmen, die eine Verbesserung der Fertilität zum Ziel haben. Weltweit haben sich universitäre und nicht-universitäre Einrichtungen der Forschung gewidmet, Gründe für das Ausbleiben einer Schwangerschaft zu diagnostizieren und zu therapieren.

Im Jahre 1999 wurde das "International Institute for Restorative Reproductive Medicine" gegründet. Ziel ist es, "die hervorragende Qualität in restaurativer reproduktiver Medizin... voranzubringen.. durch die Unterstützung von Forschung und Praxis" (www.restorative-reproductive-medicine.com)

Wissenschaftliche Fortbildungen, lokal und online, Durchführung von Studien und Versammlung von Literatur bilden die Hauptaufgaben des Instituts. „Together. Transforming Reproductive Medicine“ ist der Slogan des Instituts, dem inzwischen mehrere hundert Ärzte verschiedener Fachdisziplinen weltweit angeschlossen sind. Inzwischen ist ein weltweites Netz von Erfahrungsaustausch und Ausbildung von Ärzten verschiedenster Fachdisziplinen entstanden.

Unter den vielen Verfahren zur Verbesserung der weiblichen und männlichen Fruchtbarkeit ist die in den Vereinigten Staaten entwickelte "NaProTechnology"-Methode am weitesten verbreitet. Diese Therapieform ist die weitaus am besten standardisierte und wissenschaftlich fundierte aller Verfahren.

"NaProTechnology" (=Natural Procreative Technology) ist eine medizinische Diagnostik- und Therapiemethode. Sie wurde in den 70-er Jahren an den Universitäten von St. Louis und Creighton/USA durch Dr. Thomas Hilgers entwickelt. Hilgers, Gynäkologe und Mitglied der Päpstlichen Akademie für das Leben, hat in seinem Buch "The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology" die Basis für diese wissenschaftliche Methode gelegt. Inzwischen arbeiten weltweit ca. 900 in NaProTechnology ausgebildete Ärzte.

"FertilityCare" – Sorge tragen für die Fruchtbarkeit – ist ein Programm, das ebenfalls durch die Arbeitsgruppe um Dr. Hilgers entwickelt wurde. Ein Kursprogramm für Frauen und Paare in verschiedenen reproduktiven Situationen: Kinderwunsch, Familienplanung, Schwangerschaftsvermeidung, Zyklusbeschwerden, Beobachtung der gynäkologischen Gesundheit, etc. sind Indikationen für das Anlernen der Methode. Die Basis bildet eine detaillierte Zyklusbeobachtung mit der FertilityCare-Methode, die durch weltweit mehrere tausend Beraterinnen angeboten wird.

Im deutschsprachigen Raum wurde das FertilityCare-Programm vor ca. 8 Jahren eingeführt. Inzwischen arbeiten rund 10 FertilityCare-Beraterinnen und 6 NaProTechnology-Ärzte in individuellen Praxen und Kliniken in der Schweiz, Deutschland, Österreich. (www.fertilitycare.ch; www.fertilitycare.de; www.fertilitycare-wien.at)

Die größte deutschsprachige Einrichtung ist die FertilityCare-Klinik am Kath. Karl-Leisner-Klinikum in Kleve/Niederrhein unter der Leitung der Autorin. Die Klinik wird nicht nur durch Paare aus Deutschland, sondern auch umgebenden Ländern frequentiert. Ein long-distance-Therapieprotokoll ermöglicht auch Paaren über größere Entfernungen eine effektive und sichere Therapie.

Der vorliegende Artikel gibt in vier Punkten eine Übersicht über die Methodik der von uns angewandten Fertilitätstherapie.

- 1. Basis der Diagnostik und Therapie der primären und sekundären Sterilität**
- 2. medizinische und soziale Rahmenbedingungen für eine Kinderwunschtherapie**
- 3. Zusammenarbeit zwischen Ärzten und FertilityCare-Beraterinnen**
- 4. Fallbeispiele**

Eine ethische Bewertung der Methode bleibt dem Leser überlassen. Es soll an dieser Stelle jedoch nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass alle Schwangerschaften, die mit reproduktiver restaurativer Therapie entstehen, natürliche Konzeptionen sind. In keinem Fall wird in den Vorgang der Konzeption eingegriffen. Das einzige Ziel jeder Therapie ist das Erreichen einer ausreichenden Fruchtbarkeit des Paares, sodass eine Schwangerschaft auf normalem Weg eintreten kann.

Herkömmliche Therapie der Sterilität

Selbstverständlich versuchen Gynäkologen, Frauen die mit Fruchtbarkeitsproblemen zu ihnen kommen, zu behandeln. Das Spektrum reicht von Hormonbehandlung, Operationen, Temperaturmessen über Ovulationstests und Vitaminpräparaten bis hin zu Naturheilkunde oder Yoga. In der Regel stellt sich jedoch bei Persistenz der Sterilität die Frage nach einer künstlichen Methode. Normalerweise besteht der erste Schritt aus einer Serie Inseminationen mit oder ohne Follikelstimulation. Anschließend ist die künstliche Befruchtung mit oder ohne ICSI der nächste Schritt. Die künstliche Befruchtung ist signifikant allen anderen Methoden in den Fällen überlegen, in denen beide Eileiter verschlossen sind, da dadurch eine natürliche Konzeption nicht möglich ist. Für diese Indikation wurde die IVF entwickelt. Inzwischen sind viele relative Indikationen dazugekommen: Endometriose, Hormonprobleme, psychische Probleme, männliche Subfertilität und „idiopathische“ (=unbekannte) Ursachen. Die Vorgehensweise ist in allen Fällen dieselbe: unabhängig von der Ursache des Fruchtbarkeitsproblems wird der normale Zyklus der Frau ausgeschaltet und durch einen künstlichen ersetzt. Im Fall von Frischzyklen wird eine Überstimulation herbeigeführt und anschließend die Eizellen und Spermazellen unter Laborbedingungen zusammengeführt. Die entstandenen Embryonen werden anschließend einige Tage bebrütet und schließlich in die Gebärmutter implantiert.

Das Verfahren ist im Grunde unabhängig von der Ursache der Infertilität. Es stellt eine Art Bypass, eine Umgehung des tatsächlichen Problems, dar.

Im Gegensatz dazu beruht die Vorgehensweise der wiederherstellenden reproduktiven Medizin in einer äußerst individuellen Diagnostik und Therapie. Vergleicht man die Erfolgszahlen der künstlichen Befruchtung mit denen von NaProTechnology – dies ist auf Grund verschiedener statistischer Ansätze nur bedingt möglich – so liegen beide etwa im selben Niveau: pro IVF-Zyklus bekommen im Durchschnitt etwa 20% der Frauen ein Baby. Mit zunehmenden Versuchen erhöht sich die Zahl auf ca. 25%. Mit NaProTechnology liegt die Geburtenrate bei gut 25%.

1. Basis der Diagnostik und Therapie der primären und sekundären Sterilität

Für uns als Ärzte besteht der erste Schritt zur Therapie einer Krankheit im Durchführen einer gründlichen Diagnostik, um die Pathologien zu erkennen, die der Erkrankung zugrunde liegen. Im zweiten Schritt erfolgt der Entschluss zu einer Behandlung, die abgestimmt ist auf die Diagnose und die Situation des Patienten, z.B. Alter, Gewicht, andere Erkrankungen, etc.

Eine Beispiel: ein Husten ist ein Symptom, dem viele Ursachen zugrunde liegen können: Verschlucken, Erkältung, Pneumonie, Bronchialkarzinom um nur einige zu nennen. Zur sicheren Diagnose der Ursache des Hustens würde man andere Faktoren wie z.B. Fieber, Gewichtsverlust, Heiserkeit, etc. in die Überlegung einbeziehen. Eventuell wäre eine ergänzende Diagnostik wie z.B. ein Röntgenbild oder eine Biopsie sinnvoll, um schließlich zu der Diagnose der tatsächlichen Ursache des Hustens zu kommen. An diesem Beispiel wird deutlich: das Symptom „Husten“ an sich ist nicht ausreichend, um eine Therapie zu indizieren. Es bedarf einer weiteren Abklärung zur Indikationsstellung einer entsprechenden Therapie. Niemand würde auf die Idee kommen, alle Ursachen des Hustens mit derselben Therapie zu behandeln.

In der reproduktiven Medizin ergibt sich jedoch häufig genau dieses Bild: die Therapie der Sterilität ist stets dieselbe – unabhängig von deren Ursache. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Sterilität = das „nicht-schwanger-werden-können“ an sich ein Symptom ist. Allerdings wurde die „Sterilität“ in der gängigen Nomenklatur als Diagnose aufgenommen.

Diagnostik und Therapie der Frau

Bei der Frau basiert die Diagnostik und Therapie auf vier Säulen:

- 1.) nichtgynäkologische Hormonachsen
- 2.) organische Ursachen
- 3.) life style und immunologische Faktoren
- 4.) Ovulationsinduktion

1.) nichtgynäkologische Hormonachsen

Im Hinblick auf die nichtgynäkologischen Hormonachsen werden im Rahmen der Basisdiagnostik alle üblichen Serumspiegel untersucht: TSH, Prolaktin, Androgene, etc.

Darüberhinaus werden systematisch weitere Hormonachsen, die einen Einfluss auf die endokrine Funktion der Ovarien haben, untersucht. Beispielsweise können Pathologien der Nebennierenhormone, wie z.B. Cortisol, eine Insuffizienz der ovariellen Funktion mit verursachen. Die Therapie der Störung besteht in der üblichen endokrinologischen Therapie der Funktionsstörung und erfolgt falls nötig interdisziplinär mit den internistischen Endokrinologen: L-Thyroxin bei Hypothyreose, Bromocriptin bei Hyperprolaktinämie, Prednisolon bei Cortisolmangel, etc.

2.) organische Ursachen:

Eine regelrechte Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane bzw. des kleinen Beckens ist Voraussetzung für eine Konzeption und den Erhalt einer Schwangerschaft. Im Rahmen der Basisdiagnostik ist daher eine gynäkologische Untersuchung und vaginaler Ultraschall von erheblicher Bedeutung. In Zusammenschau mit der Vorgeschichte der Patientin (z.B. gynäkologische Voroperationen, Infektionen im Bauchraum, etc.) lässt sich die Notwendigkeit eines diagnostischen oder therapeutischen operativen Eingriffs einschätzen. Zu den Indikationen für eine operative Sanierung der Fertilität gehören Endometriumpolypen, Adhäsionen, Endometriose, PCOS ebenso wie Tubenobliterationen oder Myome. Alle diagnostischen bzw. therapeutischen operativen Eingriffe haben zum Ziel, die Fertilität der Patientin so zu verbessern, dass eine Konzeption ermöglicht wird. Während der letzten Jahrzehnte hat die restaurative chirurgische Therapie dank der Verwendung von Lasertechnik, der Verbesserung von Adhäsionsprophylaxen und minimalinvasiver Chirurgie große Fortschritte erzielt.

3.) life style und immunologische Faktoren:

Allgemein bekannt ist der Einfluss von „Life-style“-Faktoren wie Gewicht, Stress, Nikotin-, Alkohol- oder Koffeinabusus auf die Fruchtbarkeit von Mann und Frau. Daher ist vor Beginn jeder Therapie eine Optimalisierung dieser Faktoren sinnvoll. Darüberhinaus können verschiedene immunologische Pathologien wie z.B. Allergien, Nahrungsmittelintoleranzen oder andere auto-immune Erkrankungen die Fertilität herabsetzen. Zum Beispiel die Hashimoto-Thyreoiditis. Genetische Studien legen einen möglichen Verband zwischen Glutenallergie, ekzematösen Hauterkrankungen und Endometriose nahe. Dies sind nur einige Beispiele. Im klinischen Alltag sehen wir regelmäßig Patientinnen, die von Eliminationsdiäten durch verbessertes Wohlbefinden profitieren, auch Schwangerschaften nach mehreren Jahren Unfruchtbarkeit kurz nach Elimination von z.B. Gluten wird wiederholt berichtet. Dies sind Einzelfallbeschreibungen, sie unterstreichen durch ihre Häufung jedoch die Sinnhaftigkeit, diese Faktoren in die Diagnostik und Therapie standardisiert zu integrieren.

4.) Ovulationsinduktion:

Hierbei ist wahrscheinlich die größte Unterschied zur allgemeinen Sterilitätstherapie ersichtlich. Das Erfassen des Zyklusverlaufes der Frau und eine entsprechende Hormontherapie ist seit langem bekannt und weit verbreitet unter dem Namen

Ovulations-Induktion. Die herkömmlich Diagnostik und Therapie wurde jedoch im Lauf der letzten Jahrzehnte durch umfangreiche Forschung im Rahmen der restaurativen Fertilitätstherapie erheblich ergänzt und verfeinert:

Im den FertilityCare-Kursen erlernen die Frauen das tägliche Beobachten von Biomarkern wie z.B. den periovulatorischen Zervixschleim oder Blutungen. Diese werden in einer Zykluskarte täglich notiert. So entsteht ein individuelles Zyklusmuster. Die Zyklusbeobachtung kann zur „natürlichen Familienplanung“ verwendet werden. Allerdings bietet die Aufzeichnung mit der FertilityCare-Methode durch ihre detaillierte Vorgehensweise mehr als jede andere Familienplanungsmethode die Möglichkeit, Pathologien des weiblichen Zyklus aufzudecken.

Das permanente Monitoring des Zyklus dient auch der Diagnostik milder Symptome gynäkologischer Störungen, die die Fruchtbarkeit beeinträchtigen und ohne detaillierte Aufzeichnungen nicht erkannt werden können, z.B. braune Schmierblutungen vor oder nach der Menstruation. Oft wird dieses Symptom nicht wahrgenommen oder bewertet. Aus klinischen Studien zeigt sich, dass rund 60% dieser Blutungsstörungen durch ein Progesterondefizit in der lutealen Phase verursacht werden. Dies wiederum kann mitursächlich z.B. an der Entstehung einer Fehlgeburt beteiligt sein. Durch die zyklusadaptierte Substitution von natürlichem Progesteron ist eine ausgeglichene hormonelle Lage und damit normales Menstruationsprofil wiederherstellbar. In ca. 20% der Fälle können Endometriose oder immunologische Faktoren die Ursache sein. Auch subklinische Endometritiden können solche Symptome hervorrufen.

Störungen in der Länge der Follikel- bzw. Lutealphase sind allesamt Symptome von gynäkologischen Störungen. Bereits diskrete Veränderungen können einen Hinweis auf gynäkologische oder endokrine Pathologien darstellen: ein Fehlen des Zervixschleims kann auf eine Follikelreifungsstörung hinweisen, ein Persistieren des Schleims auf eine Cervixinfektion. All diese Zeichen lassen sich nur durch das konsequente und präzise tägliche Monitoring und Aufzeichnen durch die Frau selbst erkennen. Durch den Einsatz der FertilityCare-Zykluskarte ist die Diagnostik des weiblichen Zyklus somit allen anderen Diagnostika überlegen.

Selbstverständlich wird das Zyklusmonitoring ergänzt mit der Durchführung der Standarduntersuchungen: sonographisches Follikelmonitoring inklusive Nachweis der stattgehabten kompletten Ovulation. Hierbei werden Follikelreifungsstörungen und Ovulationsdefekte wie z.B. Zystenbildung nachgewiesen bzw. ausgeschlossen. Auch die Bestimmung der lutealen Hormonparameter gehört zum Standard. An dieser Untersuchung lässt sich gut illustrieren, wie die Diagnostik und Therapie sich völlig am individuellen Zyklus orientiert: durch die Zyklusaufzeichnungen weiß die Frau exakt, wann die Ovulation stattfindet. Die Kontrolle der Lutealhormone erfolgt dann jeweils eine Woche nach diesem Zeitpunkt. So ist unabhängig von der Zykluslänge - ohne jegliche medizinische Intervention - gewährleistet, dass der Zeitpunkt der Blutabnahme sicher in der gewünschten mittleren Lutealphase erfolgt. Dies ist auf Grund des zyklischen Verlaufes der Hormone für die Interpretation der Resultate von großer Bedeutung.

Die Therapie der Zyklusstörungen ist vergleichbar mit der Therapie eines Diabetes Typ I: hierbei wird ein Hormon, das Insulin unzureichend gebildet. Die gute Therapie ist individuell abgestimmt auf die Situation des Patienten: Gewicht, Sport, Ernährung und vor allem die Funktion des Pankreas. Die Frage ist also: welche Menge und welche Art

Insulin braucht der Patient zu welcher Tageszeit für einen ausgeglichenen Stoffwechsel? Die medikamentöse Therapie der Zyklusstörungen ist vergleichbar: zu welchem Zeitpunkt im Zyklus hat die Frau welche Menge von welchem Hormon nötig für eine ausgeglichene Zykluslage? Liegt eine Störung der Reifung des Follikels und damit der Eizelle vor, eine inkomplette Ovulation oder eine unzureichende postovulatorische Phase? Die Therapie besteht in der individuellen Dosierung der Hormonsubstitution bis zum Erreichen von normalen und ausgeglichenen Hormonleveln. Die zum Einsatz kommenden Hormone sind die üblichen, in der Fertilitätsmedizin verwendeten Produkte. Bei Störungen der Follikelreifung z.B. Clomifen oder FSH. Sie sind bewiesen effektiv und im Rahmen dieser Therapie praktisch nebenwirkungsfrei. Ziel der Zykluseinstellung ist das Wachsen und Springen eines einzigen Follikels. Die dazu notwendige Hormonmenge liegt weit unterhalb der Nebenwirkungsgrenze. Ovarielle Hyperstimulationssyndrome treten daher nicht auf. Zur Unterstützung der Ovulation wird in der first-line-Therapie das allgemein übliche HCG verwendet. Die Lutealphasenunterstützung erfolgt mit bio-identischem Progesteron bzw. HCG.

Ebenso wie Richtlinien bestehen für die Diabeteseinstellung, so gibt es auch Protokolle für die Zykluseinstellung. Wir wissen, dass es im Fall des Diabetes nötig ist, den Blutzuckerspiegel regelmäßig zu kontrollieren, um die Dosierung einstellen zu können. Wir wissen, dass diese Erkrankung eine individuelle Therapie fordert. Wir wissen auch, dass Ernährung, Sport, Gewicht einen wesentlichen Einfluss haben auf das Resultat – im positiven wie negativen Sinn.

Abhängig vom Ausmaß des hormonalen Defizits wird die Art und die Dosierung des Medikaments festgelegt. Jede Dosierung ist individuell abgestimmt mit dem Ziel, einen guten Follikel wachsen zu lassen, einen kompletten Eisprung herzustellen und eine ausreichende luteale Phase im Hinblick auf die Einnistung zu schaffen.

Überstimulationen sind kein Therapieziel und Nebenwirkungen dieser Therapie sind daher sehr selten. Im Gegenteil - meist fühlen die Frauen sich durch den Ausgleich der Hormondefizite besser und fitter. Beschwerden wie z.B. das prämenstruelle Syndrom (psychische und körperliche Veränderungen vor der Regelblutung) bestehen dann nicht mehr.

Die genannten vier Pfeiler der Diagnostik und Therapie sind die standardisierte Vorgehensweise bei Frauen mit primärer Sterilität. Die Überlegenheit der Therapie mit NaProTechnology liegt in der äußerst detaillierten, standardisierten und umfangreichen Diagnostik und der individuellen Therapie. Bei der sekundären Sterilität, insbesondere bei (wiederholten) Fehlgeburten, werden alle oben genannten Diagnostikschritte durchlaufen und um entsprechende Abortdiagnostik ergänzt.

Fehlgeburten:

Der diagnostische und therapeutische Ansatz bei sekundärer Sterilität erfolgt weitgehend ähnlich der dargestellten Vorgangsweise – eine gute Schwangerschaft beginnt mit einem guten Zyklus. In die Diagnostik der (wiederholten) Aborte zusätzlich eingebunden sind spezifische Untersuchungen wie z.B. gerinnungsphysiologische Kontrollen oder Diagnostik subklinischer Endometritiden.

Jede Schwangerschaft wird regelmäßig kontrolliert auf eventuelle Hormonmängel. Insbesondere Progesterondefizite können das Risiko für Aborte, Frühgeburten,

Blutungen etc. erhöhen. Eine frühe und konsequente Substitution unter Kontrolle der Serumspiegel während der gesamten Schwangerschaft senkt dieses Risiko. Studien zeigen, dass mit NaProTechnology keine Erhöhung der Frühgeburtlichkeit oder niedrigere Geburtsgewichte gegenüber der Normalbevölkerung auftreten.

Diagnostik und Therapie des Mannes

Zu Beginn einer jeden Therapie bei der Frau erfolgt eine Objektivierung der männlichen Fertilität. Dies geschieht durch ein Spermogramm nach WHO-Kriterien. Ist dieses normal und liegen keine relevanten Erkrankungen vor, so werden keine weiteren Maßnahmen beim Mann ergriffen. Ist dieses jedoch pathologisch, so erfolgt eine weitere Diagnostik und Therapie – analog zur Vorgehensweise bei der Frau. Das Spermogramm stellt das Resultat von zugrundeliegenden Pathologien dar. Ist z.B. die Beweglichkeit der Samen eingeschränkt, so stellt sich die Frage, warum dies so ist. Entsprechend erfolgen weitere diagnostische Maßnahmen: urologische Untersuchung, Ultraschall, Hormonkontrollen, Antibiogramm, Kontrolle auf immunologische Faktoren und natürlich die Eruierung von life-style-Faktoren (z.B. Überwärmung, Übergewicht, Nikotin- oder Koffeinabusus, etc.). Je nach Abweichung wird diese entsprechend therapiert: hormonell, antibiotisch, etc.

Auffallend viele Paare sind über die Therapiemöglichkeiten bei männlicher Subfertilität wenig oder nicht informiert. In der Regel gehen die Therapien beim Mann, auch hormonelle Therapien, mit wenig Nebenwirkungen einher. Schwierig ist die prätherapeutische Einschätzung des möglichen Therapieerfolges: ob eine (hormonelle) Therapie den gewünschten Verbesserung ergibt, lässt sich oft nicht vorhersagen. Ein offenes Gespräch mit dem Paar ist daher erforderlich.

2. medizinische und soziale Rahmenbedingungen für eine Kinderwunschtherapie

Wie für alle Behandlungen gibt es auch für die Kinderwunschbehandlung mit NaProTechnology Bedingungen und Grenzen. Beim Mann ist zum Beispiel eine Mindestanzahl funktionsfähiger Spermien nötig. Ist dies trotz Therapie nicht zu erreichen, ist eine natürliche Konzeption nicht möglich.

Bei der Frau können schwere Endometriose oder Verklebungen, oder die Undurchlässigkeit beider Eileiter Grenzen der Therapiemöglichkeiten darstellen.

Bei der Entwicklung der Therapie stellte sich die Frage, in wie weit der behandelnde Arzt für das Wohlergehen des Kindes mitverantwortlich ist, das durch seine Behandlung entsteht. Eine intensive Befragung der Paare nach ihrer finanziellen, psychologischen und sozialen Situation wie z.B. bei einer Adoption liegt nicht im Aufgabenfeld des Arztes. Daher wurde ein einfaches objektivierbares Kriterium gesucht: Paare, die verheiratet sind, bleiben statistisch länger zusammen, als unverheiratete Paare. Kinder haben daher eine größere Chance, durch beide Elternteile aufgezogen zu werden. So wurde als Rahmenbedingung für eine Therapie die Eheschließung des Paares zugrunde gelegt.

3. Zusammenarbeit zwischen Ärzten und FertilityCare-Beraterinnen

Die oben beschriebenen Therapien zur Verbesserung der Fruchtbarkeitsproblematik sind vor allem medizinische Handlungen. Unbestreitbar ist jedoch die Bedeutung der sozialen, psychologischen und paardynamischen Komponente der ungewollten Kinderlosigkeit. Immer wieder erschütternd ist die Belastung der gesamten Lebensführung und Lebensfreude vieler Paare. Dies ist nicht weiter verwunderlich „fast 100 Menstruationen und damit 100 Enttäuschungen habe ich schon hinter mir“, erzählte eine Patientin kürzlich im Erstgespräch. Sie ist kein Einzelfall. Die ärztlichen Konsultationen in der FertilityCare-Klinik dauern in der Regel 45 bis 60 Minuten, oft auch mehr. Über die medizinischen Fragen und Analysen hinaus steht die Gesamtsituation des Paares im Zentrum des Gesprächs. Das Paar ist der Hauptakteur, sie treffen die Entscheidungen wie weit eine Therapie geht, wie schnell, wie umfangreich. Der Arzt stellt die Therapiemöglichkeiten vor, überwacht die Sicherheit der Therapie, optimiert die Behandlung. Das Paar „lässt es nicht über sich ergehen“, sondern ist aktiv in jede Entscheidungsfindung einbezogen. Es wird Nachdruck gelegt auf die gemeinsame Fruchtbarkeit des Paares: keiner ist der „Schuldige“, sondern die gemeinsame Fruchtbarkeit wird angenommen. Themen wie erfüllte Sexualität und Intimität sind elementarer Bestandteil der Gespräche. Die Paare werden ermutigt, ihre Intimität nicht „nach der Uhr“ zu leben, nur im Hinblick auf das Zeugen eines Kindes. Sie werden bestärkt darin, die eheliche Gemeinschaft als Ausdruck ihrer Liebe zueinander wieder (neu) zu entdecken. Für viele Paare ist dies nach jahrelanger Zentrierung auf wenige Tage, manchmal Stunden im Monat eine echte Befreiung.

Eine Schlüsselrolle in der Begleitung der Paare haben die FertilityCare-Beraterinnen vor Ort. Sie sehen die Paare regelmäßig und sind für viele ein wichtiger Ansprechpartner. Sie kennen die Therapie und haben viel Erfahrung mit kinderlosen Paaren. Die Ausbildung der Beraterinnen, ein einjähriges Programm, umfasst auch psychologische, ethische, spirituelle und moraltheologische Elemente. Gläubige Paare haben auch die Möglichkeit, mit den Beraterinnen zu beten, wenn sie dies wünschen. „Vielleicht bekommen wir kein Kind,“ fasste eine Patientin (die inzwischen Mutter ist), einmal zusammen, „aber wir haben durch diese Behandlung wieder zueinander gefunden.“

Wenn bei einem Paar die Chancen auf eine Schwangerschaft nicht ausreichend gegeben sind, ist es wichtig, über andere Formen des fruchtbar-seins zu sprechen. Für manche Paare kann ein Adoptionsprozess eine Option sein, für andere das Annehmen eines Pflegekindes oder ehrenamtliches Arbeiten in gemeinnützigen Einrichtungen. Das offene Gespräch mit dem Paar ist Teil der Konsultationen mit dem Arzt und der Gespräche mit den Beraterinnen.

4. Fallbeispiele

1. Eine dreißigjährige Frau wurde nach chirurgischer und medikamentöser Therapie 2012 schwanger. Es bestand zuvor ein ausgeprägtes PCOS mehrjährige Amenorrhoe. Drei Jahre später erreicht uns überraschenderweise eine weitere Geburtsanzeige dieses Paares. Auf Nachfrage berichtet der Vater: „Wir wollten gerne ein zweites Kind und wieder klappte es nicht direkt. Wir hatten noch den

Therapieplan von damals. Die Medikamente hat meine Frau, sie ist Apothekerin, besorgt und dann hat es ganz schnell geklappt.“ Inzwischen ist die Patientin erneut in medikamentöser Therapie in unserer Klinik und mit dem dritten Kind schwanger.

2. Ein junge Frau mit immunologischen Erkrankungen und Zustand nach mehreren Aborten und Frühgeburt wird nach ca. 8 Monaten schwanger. Neben der Hormontherapie hat sie eine Diät zur Vermeidung allergener Nahrungsmittel eingeleitet. In der Schwangerschaft kommt es zu Blutungen, die jedoch durch eine Erhöhung der Progesterondosierung rasch zum Stillstand kommt. Die Frau entbindet kurz vor dem errechneten Termin.
3. Ein junges Paar mit erheblicher Fertilitätsproblematik des Mannes und Zyklusstörungen der Frau. Durch Hormontherapie beider Partner verbessert sich die Fertilität, sodass eine Konzeption eintritt.

Zusammenfassung:

Zusammenfassend ist NaProTechnology eine bewährte Methode, die die Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit strukturiert und konsequent aufdeckt und durch moderne konservative und chirurgische Therapieprotokolle behandelt. Ziel ist die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit des Paares, sodass eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg erreicht werden kann. Im Zentrum steht das Paar mit seinen individuellen medizinischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Fragen, Bedürfnissen und Möglichkeiten.

Im engen Zusammenspiel mit der ärztlichen Betreuung steht die FertilityCare-Beraterin, die den Paaren nicht nur Einsicht in die Zyklustätigkeit vermittelt, sondern ihnen auch als Begleiterin auf diesem Weg zur Seite steht. FertilityCare, Sorge tragen für die Fruchtbarkeit, ist nicht nur der Name, sondern auch die Grundeinstellung aller Mitarbeiterinnen. Fruchtbarkeit gehört zum Menschen, ist eine Gabe und zugleich eine Aufgabe. Die vielen Geburtsanzeigen und Dankkarten erinnern uns, wie beglückend es ist, (endlich!) Leben schenken zu dürfen.

Alle Literatur bei der Verfasserin

Kontaktdaten:

Dr. med. Susanne van der Velden,

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Oberärztin Abteilung Gynäkologie, Senologie und Geburtshilfe
FertilityCare-Klinik
Kath. Karl-Leisner-Klinikum Kleve
www.fertilitycare.de
fertilitycare@kkle.de

FertilityCare Schweiz:

Mili Antonietti, Zug

Julia Klein, Näfels

Giulia Mac Dermott, Lugano

Thérèse-Marie de Nobili, Fribourg

www.fertilitycare.ch

Dr.med. Susanne Van der Velden



Erhöhtes Herz-Kreislaufisiko bei IVF/ICSI – Kindern

Abstract aus dem „Journal of the American College of Cardiology“ Vol.72, No.11, 2018:

Association of Assisted Reproductive Technologies (ART) With Arterial Hypertension During Adolescence

Autoren : Théo A. Meister, Inselspital Bern; Stefano F. Rimoldi, Inselspital Bern; Rodrigo Soria, Inselspital Bern; Robert von Arx, Inselspital Bern; Franz H. Messerli, Inselspital Bern; Claudio Sartori, CHUV Lausanne; **Urs Scherrer, Inselspital Bern**; Emrush Rexhaj, Inselspital.

Sponsoren: Schweizerischer Nationalfonds, Schweizerische Gesellschaft für Hypertonie, Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie, Mach-Gaensslen Stiftung Schweiz.

Es ist bekannt, dass ART vorzeitiges Altern der Blutgefässe induzieren (z.B. Rexhaj E. et al: Mice generated by in vitro fertilization in J Clin Invest 2013;123:5052-60 und Scherrer U, Rexhaj E et al.: Cardiovascular dysfunction in children conceived by assisted reproductive technologies, Eur Heart J 2015;36:1583-9 und viele mehr, siehe im Literaturverzeichnis dieses Originalartikels). Auch der Lungenkreislauf ist betroffen (Scherrer U, Rimoldi SF, Rexhaj E et al.: Systemic and pulmonary vascular dysfunction in children conceived by assisted reproductive technologies in Circulation 2012;125:1890-6).

In der vorliegenden Studie wird über das Blutdruckverhalten bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen mit ART-Vergangenheit berichtet und mit einer Kontrollgruppe von natürlich gezeugten Personen verglichen. In die Studie wurden nur Individuen mit normalem Geburtsgewicht aufgenommen, die am Termin geboren wurden und bei denen weder während der Schwangerschaft noch perinatal Komplikationen aufgetreten waren.

Fünf Jahre nach der ersten Abklärung erfolgte eine Kontrolle der vaskulären Funktion inkl. 24 Stunden-Blutdruckmessung bei 54 jungen, gesund erscheinenden Teilnehmern mit ART-Vergangenheit und bei 43 Kontrollpersonen (age- and sex-matched). Das vorzeitige *vaskuläre Altern persistierte gegenüber der Erstuntersuchung: Dilatation der A. brachialis*, erhöhte Pulswellengeschwindigkeit und erhöhte Intima/Media-Wandverdickung der A. carotis. Die Blutdruckwerte waren bei Art-Kindern höher als bei den Kontrollpersonen: Acht

ART-Individuen erfüllten die Kriterien einer arteriellen Hypertonie (>130/80) gegenüber lediglich einer Person in der Kontrollgruppe (p=0.041 ART vs. Controls).

Fazit: ART induziertes vorzeitiges vaskuläres Altern persistiert bei sonst Gesunden Adoleszenten und jungen Erwachsenen und führt (vorzeitig) zu einer arteriellen Hypertonie.

Zum Thema sei zudem auf folgende Zeitungsartikel hingewiesen:

- NZZ Forschung und Technik, Freitag, 7. September 2018 Seite 60: **Der lange Schatten des Zeugung im Glas** von Alan Niederer
- HLI-Report 2/2018: **IVF-Kinder leiden häufiger unter Bluthochdruck** von Roland Graf
- NZZ Forschung und Technik, Freitag, 7. September 2018 Seite 14: **Inselspital redet Forschungsergebnisse klein – Eine Studie des Kardiologen Urs Scherrer sorgt weltweit für Aufsehen – Sein Arbeitgeber aber informiert nicht** von Daniel Gerny und Simon Hehli
- Berner Oberländer/Thuner Tagblatt, Freitag, 7. September 2018, Seite 24: **Künstlich gezeugte Kinder haben ein erhöhtes Herz-Kreislaufisiko** von Barbara Reye

Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Marsch fürs Läbe 2018 - Petition an den Bundesrat

Dank grosser Polizeipräsenz – der Berner Polizei sei auch an dieser Stelle ein grosser Dank ausgesprochen – konnte der „9. Marsch fürs Läbe“ als Kundgebung auf dem Bundesplatz in Bern bei strahlendem Wetter durchgeführt werden. Die auf den nächsten 2 Seiten abgedruckte **Medienmitteilung** von Frau Beatrice Gall, Medienverantwortliche Marsch fürs Läbe, gibt einen guten Einblick in das eindrückliche, gut gelungene Treffen. Bildmaterial kann auf www.marschfuerslaebe.ch eingesehen werden.

Wie auch aus der Medienmitteilung hervorgeht, wurde anlässlich des „9. Marsches fürs Läbe“ eine **Petition an den Bundesrat** lanciert. Der Bundesrat wird darin gebeten, sich ein umfassendes wissenschaftlich gestütztes Bild über die gesundheitlichen Folgen von Abtreibungen zu verschaffen. ***Diesem Heft liegt ein Unterschriftenbogen bei, weitere sind bei info@marschfuerslaebe.ch Postfach 155, 8046 Zürich erhältlich.***

Hinweis auf Stimmen aus der Presse:

- Eine ausführliche Dokumentation wurde durch Christoph Keel von HLI erstellt (23.9.2018), keel@human-life.ch
- Katholische Wochenzeitung, 28. September 2018, Seite 9: **Für Freiheit statt Abtreibungsschmerz**
- Berner Oberländer/Thuner Tagblatt, 17. September 2018 Seite 8: **„Aber Jesus liebt sie trotzdem“**
- © Newsnet / Basler Zeitung (swissdox.ch), 15.9.2018: **Marsch fürs Läbe nächstes Jahr in Zürich?**
- © Newsnet / Der Bund (swissdox.ch) , 15.9.2018: **Crash-Kurs in Demo-Recht**

Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Medienmitteilung, 15. September 2018

Für Freiheit statt Abtreibungsschmerz

Der „9. Marsch fürs Läbe“ trug heute ein gesellschaftliches Tabu an die Öffentlichkeit: die zahlreichen Leiden von Frauen und Männern nach einer Abtreibung. Persönliche Berichte von Betroffenen, ein Plädoyer der Nationalrätin Andrea Geissbühler und die Lancierung einer Petition an den Bundesrat prägten die Kundgebung auf dem Bundesplatz. Die Veranstaltung der friedlichen Lebensschützer konnte dank massivem Polizeischutz wie geplant durchgeführt werden.

Unter dem Motto „Abtreibung – der Schmerz danach!“ fand am heutigen Samstag, den 15. September, in Bern auf dem Bundesplatz der 9. Marsch fürs Läbe statt. Ungeachtet der erhaltenen Drohbriefe versammelten sich nach Zählung der Organisatoren ungefähr 1500 Anhänger und Sympathisanten zur überkonfessionellen Veranstaltung auf dem Bundesplatz.

Post Abortion: das Leben danach

Nach internationalen Grussbotschaften aus Europa und Amerika, insbesondere dem päpstlichen Botschafter in der Schweiz, Erzbischof Thomas E. Gullicksen, und einem dreisprachigen Musikprogramm, berichteten zwei betroffene Frauen (eine davon per Video) von ihren Leiden nach einer Abtreibung, allgemein unter „Post-Abortion-Syndrom“ bekannt. Erika Wick, Gründerin der Beratungsstelle „Endlich wieder leben!“ schilderte beispielhaft: „Als ich damals mein Kind hatte abtreiben lassen, dachte ich, ich könnte für den Rest meines Lebens nicht mehr froh werden. In den nachfolgenden sechs Jahren verlief mein Leben in etwa so, wie ich es heute als ‚durch die Hölle gehen‘ bezeichnen würde.“ Je mehr sie ihre Gefühle unterdrückte, desto intensiver entwickelte sie Depressionen bis hin zu Todessehnsüchten. In einem zweijährigen Prozess fand sie Heilung und Freiheit durch „Gottes Liebe und Annahme“ und ermutigt heute Frauen und Männer, mit ihrem Leiden nicht alleine zu bleiben, sondern einen Weg der Beratung und Vergebung zu gehen. So sei „ein neues Leben voller Hoffnung und Perspektive“ möglich.

Sinnleere minimieren

Nationalrätin Andrea Geissbühler setzte die etwa 10'000 jährlichen Abtreibungen in der Schweiz in den Kontext des verantwortlichen Umgangs mit der Sexualität. Liebe und Sex könnten wunderbar zusammengehören. Vertrauensvolle Beziehungen würden auch die Abtreibungsraten senken. „Es kann nicht sein, dass in der heutigen aufgeklärten Zeit tausende von Babys abgetrieben werden. Die Sinnleere in unserer Gesellschaft, die lebenslangen Depressionen und seelischen Schäden der Betroffenen nach erfolgten Abtreibungen, aber auch die Verluste an wertvollen Menschenleben könnten damit minimiert werden“, so Geissbühler.

Verein „Marsch fürs Läbe“, Postfach 155, CH-8046 Zürich

<http://marschfuerslaebe.ch/home/>

medienkontakt@marschfuerslaebe.ch

contact-medias@marchepourlavie.ch

Bundesrat soll über die Folgen von Abtreibungen informieren

Mit der heute lancierten Petition wird der Bundesrat gebeten, sich ein umfassendes, wissenschaftlich gestütztes Bild über die gesundheitlichen Folgen von Abtreibungen zu verschaffen. Der Bundesrat soll sich zudem bei den kantonalen Behörden dafür einsetzen, dass in Schule und Universität sowie in Beratungsstellen, Arztpraxen und Spitälern angemessen über die schmerzlichen Folgen von Abtreibungen informiert werde. Das oberste Ziel soll wieder werden, schwangere Mütter für ein gemeinsames Leben mit dem Kind zu bewegen.

Der Marsch fürs Läbe ist international mit Lebensrechtsbewegungen vernetzt. Eine überkonfessionelle christliche Trägerschaft setzt sich mit dem Marsch fürs Läbe mit demokratischen und gewaltfreien Mitteln für das Lebensrecht ungeborener Kinder, auch mit einer Behinderung, ein.

Weitere Informationen und Bilder in Druckauflösung unter:
www.marschfuerslaebe.ch

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Beatrice Gall
Medienverantwortliche Marsch fürs Läbe
medienkontakt@marschfuerslaebe.ch
www.marschfuerslaebe.ch
Tel.: 079 649 02 21

Contact médias français:
David Gysel
contact-medias@marchepourlavie.ch

Menschenhandel – ein globales Problem, das auch die Schweiz betrifft

Dass es Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung gibt, wissen heute viele Menschen. Weitgehend unbekannt ist dagegen die Tatsache, dass dies auch in der Schweiz stattfindet und vorwiegend junge Menschen betrifft! Als eine Antwort auf diese Verbrechen wurde in der Schweiz der Verein ACT212 gegründet, der seit 2015 eine Nationale Meldestelle gegen Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung betreibt.

Global ist die Zahl der Opfer von Menschenhandel im Jahr 2017 auf über 40 Millionen angestiegen¹. Auch die Schweiz ist davon betroffen. Sie dient als Ziel- und Transitland von Menschenhandel. Menschenhandel findet im Verborgenen statt, weshalb es schwierig ist, das Ausmass des Problems in seiner Gesamtheit festzustellen. Gemäss Global Slavery Index 2018 sind es in der Schweiz geschätzte 14000!

Von den weltweit gehandelten Menschen sind 49 % Frauen und 33 % Kinder, die meisten von ihnen landen in der Sexindustrie². Zwangsarbeit und Organhandel sind weitere Formen von Menschenhandel. Gemäss dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) sind sexuelle Ausbeutung (Prostitution, Pädophilie, Pornographie, Zwangsheirat) und Ausbeutung der Arbeitskraft (Bettelei, Schuldknechtschaft und Zwangsarbeit in Haushalten) die verbreitetsten Formen dieses Verbrechens. Sie machen 94 % der Fälle von Menschenhandel aus.

Als eine Antwort auf diese menschenverachtenden Verbrechen wurde in der Schweiz der Verein ACT212 gegründet. Dieses „Beratungs- und Schulungszentrum Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung“ ist eine politisch und konfessionell neutrale Institution mit Sitz in Bern. Die Zahl „212“ im Namen erinnert an den 2.12.1949: Damals hat die UNO die „Konvention zur Unterbindung des Menschenhandels und der Ausnutzung der Prostitution anderer“ in Kraft gesetzt.

Entstehung und Motivation von ACT212

Als aufsuchende Gassenarbeiterin traf Irene Hirzel, die Geschäftsführerin von ACT212, zum ersten Mal auf gehandelte Frauen in der Prostitution. Den ersten Fall von Menschenhandel traf sie 1997 in Basel an. Eine Kolumbianerin hatte in ihrem Heimatland einen vermeintlich lukrativen Arbeitsvertrag als Kellnerin in der Schweiz unterschrieben, um sich und ihre kranke Mutter aus der Armut zu retten. Es war eine Falle, die nach ihrer Ankunft in der Schweiz zuschnappte. Es war ein beschwerlicher, langer Weg sie da herauszuholen, zu einer Zeit, als es die „Runden Tische“ der Behörden zu diesem Thema noch nicht gab, und noch kein Nationaler Aktionsplan des EJPD (Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement) gegen Menschenhandel existierte; in einer Zeit, als noch niemand von Menschenhandel sprach. Hirzel begegnete im Rahmen ihrer Arbeit vielen weiteren Frauen mit ähnlicher Geschichte.

Als Projektleiterin gegen Frauen- und Kinderhandel bei der Christlichen Ostmission (COM) suchte Frau Hirzel solche Frauen auch in ihren Herkunftsländern in Osteuropa und Asien auf. Die Gründe, weshalb sie ihr Land verliessen, waren unverkennbar: Armut, Krieg, Katastrophen, Perspektivenlosigkeit, zerrüttete Familienverhältnisse, Diskriminierung, um nur einige zu nennen. Es wurde ihr schnell klar, dass man diesem Elend weder mit ideologischen noch mit religiösen Ansichten allein entgegentreten kann. Beides greift zu kurz. Es braucht vielmehr einen ganzheitlichen Ansatz. Das Thema Menschenhandel muss von allen Seiten her beleuchtet werden, vom Angebot bis zur

¹ Jahresbericht UNHCR 2017

² UNODC 2014, United Nations Office Drugs and Crime

Nachfrage. Das bedeutet, dass Massnahmen gegen Menschenhandel nur dann erfolgreich sein können, wenn die Zusammenarbeit auf breiter Front stattfindet. Die kantonalen „Runden Tische“ gegen Menschenhandel in der Schweiz sind ein Beweis dafür, dass diese Zusammenarbeit fruchtet. In den Kantonen mit solchen Initiativen werden mehr Opfer identifiziert und geschützt als andernorts.

ACT212 wurde gegründet, um den im Oktober 2012 erstmals verabschiedeten Nationalen Aktionsplan gegen Menschenhandel (NAP) aufgeführten Anstrengungen gegen den Menschenhandel in der Schweiz und im Ausland zu unterstützen, namentlich durch Beratungen, Schulungen, Sensibilisierung, Zusammenarbeit mit Fachleuten und Organisationen, sowie seit 2015 durch den Betrieb einer Nationalen Meldestelle, unter Einbezug der Schweizer Bevölkerung. Inzwischen ist der zweite Aktionsplan NAP 2017-2020 in Kraft.

Ziele von ACT212

ACT212 will Menschenhandel in der Schweiz und im Ausland bekämpfen, um:

- vermehrt Opfer von Menschenhandel und sexueller Ausbeutung identifizieren zu können,
- einen umfassenden Schutz für die Opfer zu gewährleisten,
- eine effektive Bestrafung der Täter zu erlangen.

Folgende Instrumente werden eingesetzt, um diese Ziele zu erreichen:

Sensibilisieren

Durch Referate und Informationsveranstaltungen sensibilisiert ACT212 in der Schweiz und im Ausland die Bevölkerung zum Thema Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung.

2017 wurden in verschiedenen Medien (Blick, Tagesanzeiger, Swiss Info, Radio Maria, etc.) über ACT212 berichtet, was zu vermehrten Meldungen direkt von Opfern oder über Leser oder Zuhörer führte.

Auch wurde ACT212 schon an verschiedene Veranstaltungen eingeladen. So nahm der Verein 2017 an der Aktionswoche "Die Schweiz gegen Menschenhandel" (www.18october.com) mit der Ausstellung "(Alp)Traumland Schweiz" teil. An der "European Trauma and Dissociation"-Konferenz 2017 in Bern führte Irene Hirzel mit dem Forensiker Dr. med. Laberke den Workshop "Human trafficking - How does medical- and psychological personnel respond?" durch.

An der UNO-Menschenrechtsversammlung vom 11.10.2017 in Genf nahm auch Irene Hirzel als Mitglied der Schweizer Delegation teil. In ihren offiziellen Empfehlungen bezüglich Bekämpfung von Menschenhandel in der Schweiz nannte sie nebst Massnahmen bei Justiz und Polizei auch die Wichtigkeit der Sensibilisierungsarbeit, bei medizinischem Personal, welches mit Opfern in ihrem Arbeitsfeld konfrontiert werden kann.

Ferner hielt ACT212 Vorträge u.a. bei Kirchen, an Parteianlässen und bei der Polizei. Damit solche Anlässe auf einem hohen professionellen Niveau durchgeführt werden können, arbeitet ACT212 mit Experten und Spezialisten aus verschiedenen Gebieten zusammen und entwickelt Kurse, von denen Teilnehmer aus verschiedenen Sparten profitieren können.

Beraten und Weiterbilden

ACT212 organisiert Fachtagungen und Schulungen in Zusammenarbeit mit Experten und anderen Organisationen und dient als Anlaufstelle bei Fragen und Herausforderungen im Bereich Menschenhandel.

Es geht um Opferidentifikation und Massnahmen. Helfen können dabei alle, die direkt mit potenziellen Opfern zu tun haben, wie z.B. medizinisches Personal oder aufsuchende Sozialarbeiter. Opfer zu identifizieren ist nicht einfach. Trotzdem gibt es allgemeine medizinische und psychologische Indikatoren, die für Opfer von Menschenhandel zutreffen können. Kursteilnehmer lernen, welche Massnahmen und Vorgehensweisen sinnvoll sind, um eine professionelle Herauslösung eines Opfers zu begünstigen.

Beispielsweise wurde im April 2018 bei einer **Veranstaltung** thematisiert, **wie man Personen mit dissoziativen Identitätsstörungen begegnet und wie diese unterstützt werden können**. Sehr schwere Gewalt führt zu massiven psychischen Verletzungen. Vermutlich die häufigste psychische Verletzung nach extremer Gewalt ist die dissoziative Identitätsstörung. Sie ist ohne Fachwissen leicht zu übersehen. **Dr. med. Jan Gysi**, Facharzt Psychiatrie & Psychotherapie FMH, spezielle Psychotraumatologie DeGPT, und die hochspezialisierte Polizistin **Angela Ohno**, Psychologische Beraterin SGfB, Zusatzqualifikation CAS Psychotraumatologie Uni Zürich, vermittelten wertvolles Wissen über Traumata, deren Folgestörungen und den Umgang mit Betroffenen. Dieser Kurs war komplett ausgebucht und das Interesse sehr gross, sodass er im März 2019 erneut angeboten wird. Die Kursteilnehmer waren u.a. Polizisten, Staatsanwälte, aufsuchende Sozialarbeit und Vertreter von Beratungsstellen.

Ebenfalls im April 2018 wurde an der Universität Zürich ein **Kurs zu Menschenhandel und Opfererkennung für Rechtsmediziner** durchgeführt. Die Veranstaltung wurde von vielen Rechtsmedizinerinnen und weiteren Ärzten besucht, gute Fragen wurden gestellt, und es fand ein reger Austausch statt. Die Wichtigkeit der Sensibilisierungsarbeit im medizinischen Bereich ist sehr hoch; sie kann zur Aufdeckung von neuen Fällen führen.

Schliesslich fand im September 2018 eine **Konferenz zum Thema „Loverboy – ein kurioser Name für ein brutales Geschäft“** statt. „Loverboys“ sind Zuhälter, die minderjährigen Mädchen erst einmal die grosse Liebe vorgaukeln, es dann aber systematisch von sich abhängig machen und von ihm schliesslich fast alles verlangen, was zur Sexindustrie gehört – bis hin zu sexuellen Handlungen mit Dritten gegen Bezahlung. Dass Schweizer Mädchen betroffen sind, zeigen die Meldungen, die über die Nationale Meldestelle von ACT212 eingehen. Allein im Juli 2018 wurden fünf neue Verdachtsfälle registriert.

Bei der Konferenz ging es darum, die Mechanismen des „Loverboy-Systems“ zu beleuchten, die psychologische Abhängigkeit der Betroffenen zu erklären und zu verdeutlichen, wie man am wirksamsten helfen kann. In den Niederlanden wird diese Form des Kinderhandels bereits seit Jahren bekämpft. Experten aus den Bereichen Polizei, Psychologie, Beratungsstellen und Justiz berichteten von ihren Erfahrungen. Diese Fachtagung richtete sich an alle, die mit Betroffenen zu tun haben könnten: Eltern, Beratungsstellen, Sozialdienste, Polizei, KESB, Justiz usw.

Vernetzen und Unterstützen

Die Meldestelle ACT212

Seit dem 18. Oktober 2015 betreibt ACT212 eine Nationale Meldestelle. Aufgrund anonymer Meldungen können so Sofortmassnahmen zur Hilfe für die Opfer von Ausbeutungssituationen eingeleitet werden. Dies ist jedoch nur möglich dank einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden und anderen Nichtregierungsorganisationen im Bereich Menschenhandel. Bereits bestehende Angebote und Leistungen in der Schweiz werden durch die Meldestelle verbunden und gestärkt.

Opfer, bei denen der Verdacht besteht, dass sie ausgebeutet werden, gegen ihren Willen eine Arbeit verrichten müssen oder durch Androhung von Gewalt, Täuschung, Betrug oder Missbrauch im Bereich Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung in die Fänge von Menschenhändler gekommen sind, können anonymisiert eine Meldung bei der Nationalen Meldestelle absetzen oder durch andere Personen gemeldet werden. Diese Meldungen werden analysiert und mit Fachleuten besprochen und bearbeitet. Die Statistik der gemeldeten und bearbeiteten Fälle ist insofern alarmierend, als vermutet werden muss, dass die Meldungen, die bei der Meldestelle eingehen, nur die Spitze des Eisberges sind und von einer weit höheren Dunkelziffer ausgegangen werden muss.

Das heisst, es gibt noch viele Opfer, die nicht identifiziert werden, denen die Hilfe und die Möglichkeit für einen Ausstieg verwehrt bleiben und für deren Täter/Peiniger die Strafverfolgung nicht greift, weil die Straftaten nicht ans Licht kommen. Von diesen Straftaten betroffen sind einerseits Opfer: Erwachsene, Jugendliche und sogar Kinder und auf der anderen Seite, als Verursacher, die Täter. Das Engagement muss zu Gunsten dieser Opfer und zu Lasten der Täter ausgebaut werden, denn es sollen die Opfer des Menschenhandels besser unterstützt und die Täter konsequent der Strafverfolgung zugeführt werden. Dazu leistet die Präventions- und Aufklärungsarbeit von ACT212 einen wichtigen Beitrag.

2017 hat ACT212 mit 94 Meldungen fast doppelt so viele Meldungen verarbeitet wie im Jahr zuvor. Die Auswertung wies ganz verschiedenartige Fälle aus: vor allem Menschenhandel und Ausbeutung in der Prostitution, dann aber auch Arbeitsausbeutung, organisierte Bettelerei, ritueller Gewalt, Pädokriminalität und ein Fall von Organhandel (!). In zwei Fällen waren sogar Kinder betroffen. Die meisten Meldungen kamen aus den Kantonen Bern und Zürich. Wobei zu bemerken ist, dass diese zwei Kantone auf Polizeiebene intensiv mit ACT212 zusammenarbeiten, wohingegen dies bei den meisten anderen Kantonen (noch) nicht der Fall ist. Mit 23 Meldungen waren erstaunlicherweise am häufigsten Personen mit Schweizer Staatsangehörigkeit betroffen, gefolgt von Personen aus Rumänien (13) und Nigeria (6).

ACT212 ist auf Ihre Hilfe angewiesen. Sie können ACT212 konkret unterstützen, indem Sie mithelfen:

- die Botschaft und die Nationale Meldestelle bekannt zu machen,
- die Opfer zu ermutigen, eine anonyme Meldung zu erstatten, oder eine solche selbst erstatten,
- den gemeinnützigen Verein ACT212 finanziell zu unterstützen:
Berner Kantonalbank IBAN CH26 0079 0016 9341 4783 3

Quellen für diesen Bericht:

- www.act212.ch
- Jahresbericht 2017 von ACT212

Ende Juni 2018 wurde vom Bund eine **Kampagne zur Sensibilisierung von Fachpersonen im Gesundheitswesen** für das Thema Menschenhandel gestartet. Unter <https://www.fedpol.admin.ch/fedpol/de/home/kriminalitaet/menschenhandel/kampagne.html> finden Sie u.a Informationen zu Anzeichen für Menschenhandel, zur Opferinformation sowie zu relevanten Kontakten (u.a die Telefonnummer der Nationalen Meldestelle ACT212) und Links zum Herunterladen von einem Flyer und einer Pocket Card.



Ist die Organentnahme nach Herz-Kreislaufstillstand illegal?

(Zug, 28.9.2018) Die geltende Regelung für die Todesfeststellung nach Herz-Kreislauf-Stillstand vor Organentnahmen ist untauglich, weil trotz der geprüften Reflexe der irreversible Funktionsausfall des Gehirns nicht bewiesen werden kann. HLI-Schweiz und die Vereinigung der Katholischen Ärzte der Schweiz (VKAS) fordern deshalb eine unabhängige Untersuchung, ob die Regelung gegen das Transplantationsgesetz verstösst. Sie verlangen den sofortigen Stopp aller Organentnahmen nach Herz-Kreislaufstillstand, bis die Angelegenheit geklärt ist. Beim Organspendeausweis von Swisstransplant besteht keine Wahlmöglichkeit der Organspendeart. Die unlauteren Werbemethoden von Swisstransplant führen deshalb zu Organspenden ohne informierte Zustimmung. HLI-Schweiz und die VKAS verlangen eine umfassende Aufklärung aller Personen, die bisher in der Schweiz bei Swisstransplant einen Organspendeausweis angefordert haben.

Bei mehr als einem Viertel der sogenannten postmortalen Spender werden in der Schweiz die Organe nach Therapieabbruch / anhaltendem Herz-Kreislaufstillstand entnommen (2017: 27%). Schon ab 1985 wurde diese Entnahmearbeit am Universitätsspital in Zürich bei Nierentransplantationen praktiziert.¹ Zwischen 2007 und 2011 wurde diese Organentnahmearbeit wegen rechtlichen Unsicherheiten gestoppt. In diesen Jahren wurden den Organ Spendern nur mehr nach dem klassischen Hirntod aufgrund einer primären Hirnschädigung Organe entnommen.

Den meisten Trägern eines Organspendeausweises von Swisstransplant ist kaum bewusst, dass sie automatisch beiden Entnahmearbeiten zustimmen. Seit der Wiederaufnahme der Organspenden nach Herz-Kreislaufstillstand im Jahr 2011 aufgrund der revidierten Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) werden die Schweizer Bürger nur unzureichend über die rechtlich und medizinisch umstrittene Todesfeststellung nach Therapieabbruch / Herz-Kreislaufstillstand (DCD/NHBD)² informiert. Von 2011 bis 2017 wurde nach dem Herz-Kreislauf-Stillstand eine Wartezeit von 10 Minuten eingehalten. Der Stillstand des Herzens wurde in dieser Zeit mit Echokardiographie nachgewiesen. Anschliessend werden beim Patienten die gleichen Reflexe geprüft, die auch beim klassischen Hirntod gelten. Ab diesem Zeitpunkt gilt der Patient als tot, so dass sofort die Organe entnommen werden können. Die SAMW hat im Jahr 2017 die Wartezeit auf 5 Minuten halbiert und somit den Todeszeitpunkt vorverlegt, um im Sinne der Organempfänger frischere Organe zu bekommen. Nach der Todesdefinition des Transplantationsgesetzes Art. 9 Abs. 1 dürfen einem Menschen nur Organe entnommen werden, „wenn die Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstamms irreversibel ausgefallen sind.“

Eine Studie der Bioethikerin A.L. Dalle Ave und des Neurologen J.L. Bernat aus dem Jahr 2016 zeigt auf, dass diese unerlässliche Bedingung für die Organspende gar nicht gegeben ist: „Allerdings ist die Behauptung, dass Patienten mit diesen Tests hirntot sind, nicht stichhaltig, da die beschriebenen Tests keine Irreversibilität nachweisen können.“³ Explizit verweisen sie in ihrem Artikel auf die SAMW-Richtlinien mit der damals noch 10minütigen Wartezeit. In ihrer Untersuchung kommen sie zu folgendem Schluss: „Eine Stillstandszeit von 5 bis 10 Minuten reicht nicht aus, um die für die Bestimmung des Hirntodes notwendige irreversible Einstellung aller Hirnfunktionen zu erreichen. ... Daher erfüllen Organspender nach Herz-Kreislaufstillstand zum Zeitpunkt, bei dem sie als tot

¹ Lenherr R., Kronen T., Das Zürcher DCD-Programm: Geschichte, ethische Aspekte und praktische Erfahrungen. Bioethica Forum 9 (2016) 9-16.

² DCD=Donation after Cardiocirculatory Death ; NHBD= Non-Heart-Beating Donation;

³ Originalzitat: „However, claiming patients are brain dead using these tests is invalid because the tests as described cannot prove irreversibility“. Dalle Ave A.L., Bernat J.L., Using the brain criterion in organ donation after the circulatory determination of death. J Crit Care 33 (2016) 114-118, hier 116.

erklärt werden, die Voraussetzung der Irreversibilität für den Hirntod nicht“.⁴ Gerade wegen dieser Unsicherheit bei der Todesfeststellung ist in Deutschland die Organentnahme nach Herz-Kreislaufstillstand nach wie vor verboten.⁵

Steuermillionen für schlecht informierende Organspende-Kampagne

Seit 2013 finanziert der Bund die Organspende-Kampagne jedes Jahr mit einem Millionenbetrag. Die Webseite von Swisstransplant informiert zwar über die Organentnahme nach Therapieabbruch / Herz-Kreislaufstillstand. Aber in den TV-Spots wurde dieses heikle Thema bisher ausgeklammert und lediglich dazu aufgerufen, sich zu entscheiden ohne aber die wichtigen Informationen für eine Entscheidungsgrundlage zu liefern. Die Öffentlichkeit wird nur spärlich über die Organspende nach Herz-Kreislauf-Stillstand informiert. Das gilt auch für die offizielle von Swisstransplant herausgegebene Broschüre mit dem Organspendeausweis. Sie stellt die beiden Entnahmearten faktisch gleichwertig dar und unterschlägt die Wartezeit nach Herz-Kreislaufstillstand. Swisstransplant lässt auch keine Differenzierung des Spenderwillens auf dem Organspendeausweis zu. Angesichts dieser gravierenden Mängel kann nicht mehr von einer informierten Zustimmung zur Organspende ausgegangen werden.

Forderungen von HLI-Schweiz und der Vereinigung der Katholischen Ärzte der Schweiz (VKAS)

1. HLI-Schweiz und die VKAS fordern eine von der SAMW und der Transplantationsmedizin unabhängige Untersuchung, ob der nach Transplantationsgesetz Art. 9 Abs. 1 geforderte irreversible Ausfall der Funktionen des Gehirns einschliesslich des Hirnstamms in jedem Fall nach Therapieabbruch und anhaltendem Herz-Kreislauf-Stillstand erfüllt ist. Ausdrücklich muss die Behauptung in Fussnote 22 der derzeit geltenden SAMW-Richtlinien geprüft werden: „Ohne Sauerstoff tritt der neuronale Zelltod in weniger als 5 Minuten ein.“
2. Die Organentnahmen nach Herz-Kreislaufstillstand müssen gestoppt werden, bis die Angelegenheit geklärt ist.
3. HLI-Schweiz und die VKAS fordern eine umfassende Aufklärung über die Organentnahme nach Therapieabbruch und anschliessendem Herz-Kreislaufstillstand für alle Personen, die bisher in der Schweiz bei Swisstransplant einen Organspendeausweis angefordert haben. Eine solche Information ist auch für den Eintrag in ein Organspenderegister unerlässlich. Auch muss die Organspende nach Herz-Kreislaufstillstand abgelehnt werden können.
4. Swisstransplant muss den Aufbau des Nationalen Spenderegisters aussetzen, bis alle Unklarheiten beseitigt sind und garantieren, dass potenzielle Organspender vor ihrer Registrierung umfassend informiert sind.

KONTAKT:

Human Life International (HLI) Schweiz, Postfach 1307, 6301 Zug
041 710 28 48, office@human-life.ch, Webseite: www.human-life.ch

Vereinigung der Katholischen Ärzte der Schweiz (VKAS),
Frau Dr. Rahel Gürber, Tel. 043 818 53 83

Quellen: [Jahresstatistik von Swisstransplant 2017](#)
[Publikumsvortrag von Swisstransplant \(neu 2018\)](#)
www.swisstransplant.org/de/nationalesorganspenderegister/

⁴ Originalzitat: „A stand-off period of 5 to 10 minutes is insufficient to achieve the irreversible cessation of all brain functions that is necessary to determine brain death. ... Therefore, DCDD donors at the time they are declared dead do not satisfy the irreversibility requirement of brain death“ (Ebd. 117).

⁵ Heide W., «Non-heart-beating donors» sind nicht geeignet. Nervenarzt 87 (2016) 161-168.

Alle origini della bioetica

Il termine bioetica è stato probabilmente utilizzato per la prima volta nel 1927 dal pastore protestante Fritz Jahr (1895-1953) nell'articolo "*Bio-etica. Una panoramica delle relazioni etiche dell'uomo con animali e piante*"¹, nel quale descrive un'etica rispettosa degli «obblighi morali non solo nei confronti di uomini, ma di tutti gli esseri viventi»². Come precursori della bioetica, l'Autore ricorda san Francesco d'Assisi e filosofi come Friedrich Schleiermacher e Arthur Schopenhauer, ma si ispira soprattutto a filosofie orientali e alla teoria della reincarnazione. Non si fa promotore solo di una protezione radicale degli animali ma anche della difesa delle piante, e ricorda come il filosofo Eduard von Hartmann alla vista di fiori recisi in un vaso non potesse evitare di pensare che erano stati "uccisi" da un uomo³. Non sembra che nei suoi scritti successivi Jahr abbia utilizzato di nuovo il termine bioetica. In anni più recenti il termine è stato utilizzato da Van Rensselaer Potter in un articolo del 1970 *Bioetica, la scienza della sopravvivenza*⁴ e l'anno successivo nel libro *Bioetica, ponte per il futuro*⁵. Con bioetica Potter intendeva una nuova scienza che armonizzasse conoscenze biologiche e valori umani per rimediare a problemi posti dal degrado ambientale. Quasi parallelamente il termine bioetica è stato utilizzato pubblicamente nel significato attuale nell'ottobre 1971 in un comunicato stampa dell'Università Georgetown di Washington che annunciava la nascita, grazie alla Fondazione Kennedy, di un istituto che sarebbe stato «pioniere nello sviluppo di un nuovo campo di ricerca interdisciplinare che i fondatori dell'istituto hanno chiamato bioetica»⁶, si è trattato di una tappa decisiva in un percorso iniziato negli anni precedenti.

Etica medica negli anni 50' e 60'

Negli anni '50 e '60 progressi della medicina hanno posto a medici, cattolici e non, problemi etici come le strategie nei reparti di cure intensive, la definizione del momento della morte per autorizzare i trapianti, il problema di pazienti sottoposti a dialisi che volevano interrompere il trattamento e altre condizioni, come la questione della sovrappopolazione.

La risposta più organica è stata data dal magistero della Chiesa cattolica che da secoli si era occupata in modo sistematico dei problemi etici in medicina, prima nell'ambito della teologia morale e, successivamente, con la medicina pastorale, e disponeva, quindi, della maggiore esperienza e di un apparato teorico molto elaborato. Pio XII (1939-1958) ha tenuto numerosi discorsi a medici e alle altre professioni sanitarie, prendendo posizione sui temi più differenti, rispondendo molto spesso a quesiti di natura etica che i medici stessi gli avevano posto in occasione di udienze. I discorsi ai medici di Pio XII costituiscono un *corpus* imponente e sono stati raccolti in un volume di oltre 700 pagine⁷.

¹ Fritz Jahr, *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanzen*, in ders., *Aufsätze zur Bioethik 1927-1947*, Werkausgabe, Lit Verlag, Berlino 2012, pp. 7-13.

² *Ibid.*, p. 8.

³ *Ibid.*, p. 11.

⁴ Van Rensselaer Potter, *Bioethics, the science of survival*, in *Perspectives in Biology and Medicine* 14 (1970), 127-153,

⁵ Idem, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs N.J., Prentice-Hall, 1971.,

⁶ *News from Georgetown University*, press release, October 1, 1971, cit. in Albert R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, New York e Oxford, p. 27.

⁷ Pio XII, *Discorsi ai medici*, Orizzonte medico, Roma 1960.

Anche negli Stati Uniti medici hanno sentito la necessità di affrontare le nuove sfide morali e hanno richiesto la collaborazione di esperti di etica. A partire dai primi anni '60 dai contatti interpersonali si sono formate reti di specialisti che hanno poi organizzato numerosi convegni per lo più con un approccio interdisciplinare, ecumenico, interreligioso e aperto anche a posizioni laiche. Si è trattato di un nuovo modello di collaborazione tra specialisti che fino ad allora si erano occupati per lo più unicamente delle proprie rispettive discipline, così teologi hanno dovuto familiarizzarsi con temi di medicina e biologia, e medici con temi di etica. Un'importanza crescente hanno avuto il controllo delle nascite, anche in relazione al problema della sovrappopolazione, l'uso della pillola anticoncezionale e la questione dell'aborto.

In Vaticano si temeva che alcuni stati avrebbero potuto affrontare il tema della sovrappopolazione con l'imposizione di leggi sul controllo delle nascite, e nel 1963 Giovanni XXIII (1958-1963) ha costituito una "*Commissione incaricata di studiare il 'Birth Control'*"⁸. Nel corso degli anni lo scopo della commissione è cambiato, si è dovuta occupare delle differenti tesi sulla teologia del matrimonio discusse durante il Concilio Vaticano II (1962-1965) e della crescente diffusione dei farmaci contraccettivi ormonali – il primo preparato è stato messo in commercio negli Stati Uniti nell'agosto del 1960, e in Europa nel 1961–, per affrontare questi temi la commissione è stata considerevolmente ampliata con esperti di varie discipline anche scientifiche. Sono stati elaborati alcuni rapporti, a volte espressione tanto della maggioranza quanto della minoranza della commissione, che sono stati presentati al beato Paolo VI (1963-1978) che, nel 1968, ha pubblicato l'enciclica *Humanae vitae* nella quale ha ribadito la dottrina tradizionale della Chiesa, «fondata sulla legge naturale illuminata e arricchita dalla rivelazione divina»⁹ e ha preso le distanze dalle proposte di una parte degli esperti:

«Le conclusioni alle quali era pervenuta la commissione non potevano tuttavia essere da noi considerate come certe e definitive, né dispensarci da un personale esame di tanto grave questione; anche perché non si era giunti, in seno alla commissione, alla piena concordanza di giudizi circa le norme morali da proporre, e soprattutto perché erano emersi alcuni criteri di soluzioni, che si distaccavano dalla dottrina morale sul matrimonio proposta con costante fermezza dal magistero della chiesa. Perciò, avendo attentissimamente vagliato la documentazione a noi offerta, dopo mature riflessioni e assidue preghiere, intendiamo ora, in virtù del mandato da Cristo a noi affidato, dare la nostra risposta a queste gravi questioni»¹⁰.

Effettivamente un certo numero di teologi e di alti prelati voleva riformulare la teologia del matrimonio in modo autonomo dal magistero. Questo si è verificato negli Stati Uniti in iniziative ecumeniche. «Diversi cattolici consideravano irrilevante per la loro vita la condanna della Chiesa di ogni pianificazione riproduttiva a esclusione dell'astinenza totale o periodica. Diversi teologi cattolici hanno anticipato qualche cedimento della dottrina. Quando papa Paolo VI ha riaffermato l'insegnamento tradizionale nell'enciclica *Humanae vitae*, diversi cattolici hanno sofferto una crisi di coscienza e teologi morali si sono schierati come conservatori ortodossi o "eretici" liberali.»¹¹

Ancor prima della pubblicazione della *Humanae vitae*, nel 1967 si è tenuta un'importante iniziativa: la facoltà di teologia dell'Università di Harvard, la *Harvard Divinity School*, e la Fondazione Joseph P. Kennedy Jr. hanno sponsorizzato il *Primo congresso internazionale*

⁸ Cfr., Gilfredo Marengo, *La nascita di una enciclica. Humanae vitae alla luce degli Archivi Vaticani*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2018, p. 27.

⁹ Paolo VI, *Humanae vitae*, 5 luglio dell'anno 1968, N. 4.

¹⁰ *Ibid.*, N. 6.

¹¹ Albert R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, cit., pp. 52-53.

sull'aborto¹². La linea di questo congresso è significativa perché anticipa sviluppi successivi della bioetica. Sotto forma di dialogo tra le persone coinvolte sono stati presentati alcuni casi fittizi per descrivere gravidanze in situazioni difficili. Attrici e attori hanno rappresentato una ragazza violentata da uno sconosciuto, una minorenne che attendeva un figlio da un compagno di scuola, una madre di famiglia con difficoltà economiche, una donna di colore con una gravidanza non desiderata e altri soggetti coinvolti, come medici, giudici, insegnanti e genitori, che hanno argomentato a favore o contro l'aborto. Prevalevano, però, i pareri a favore con argomenti differenti come la convinzione che una parte della popolazione sarebbe stata a favore dell'aborto, le disuguaglianze dovute alle differenti legislazioni nei vari stati dell'Unione o la maggiore facilità per donne bianche benestanti di accedere a un aborto legale rispetto a quelle meno abbienti e di colore. Dopo aver riportato nella prima parte del volume i singoli casi e le successive discussioni interdisciplinari, nella seconda sono sistematizzati gli interventi con l'esposizione di pareri a favore e contro l'aborto da differenti prospettive: biologica, statistica, sociale, medica, etica e giuridica, ma, alla fine, tutti gli argomenti sono stati considerati solamente come opinioni discutibili sul valore da attribuire alla vita umana nelle sue differenti fasi di sviluppo¹³, senza la possibilità di raggiungere un consenso condivisibile razionalmente. Questa conclusione mette in dubbio la possibilità di giustificare razionalmente il divieto dell'aborto, e attribuisce piuttosto alle persone interessate, quindi alle donne, la responsabilità della decisione finale a favore o contro la vita.

Nel gruppo degli esperti di etica si sono scontrate diverse posizioni, un docente di diritto dell'Università della California a Berkeley, John T. Noonan, ha difeso il diritto alla vita in tutte le sue fasi, mentre teologi si sono mostrati più possibilisti, e teologi cattolici si sono distanziati dal Magistero. Il padre Robert O. Johann SJ, professore di filosofia all'Università Fordham di New York ha sostenuto: «La questione che io pongo molto seriamente per il moralista cattolico è che prendiamo in considerazione ... o per lo meno cerchiamo di comprendere ciò che sta dietro alla percezione di così tanta gente ... che quando si tratta di un feto questo è sentito e percepito come un essere in qualche modo differente da un bambino»¹⁴. Anche altri teologi non hanno considerato la vita fetale come propriamente umana, il padre Richard A. McCormick S.J., poi, ha sostenuto che nelle prime fasi dello sviluppo il feto non ha la stessa dignità di un essere umano rifacendosi a «una 'teoria sostenibile e rispettabile' preferita da un 'notevole numero di filosofi e teologi [cattolici]' che ritengono che l'anima non è infusa al momento del concepimento ma solo più tardi, forse quando il corpo ha sviluppato in modo riconoscibile caratteristiche umane»¹⁵.

Uno dei promotori del congresso sull'aborto è stato il ginecologo di origine olandese André Hellegers (1926-1979), «già vice-presidente della commissione pontificia per la regolazione delle nascite (1964-1966) e direttore del comitato medico della stessa commissione»¹⁶. È degno di nota che Hellegers, che ancora nel 1966 era direttore del comitato medico della commissione pontificia per la regolazione delle nascite, già l'anno successivo è stato tra i i promotori del congresso sull'aborto.

Questo gruppo di teologi, medici e specialisti di varie discipline hanno proseguito la loro collaborazione con il sostegno di importanti fondazioni. Nel 1969 è stato fondato l'*Institute of Society, Ethics and the Life Sciences* a Hastings-on-Hudson, nello Stato di New York – noto anche come *Hastings Center* –, sponsorizzato dalla Fondazione Rockefeller.

¹² I lavori del convegno sono serviti come base per la pubblicazione del libro *The Terrible Choice: The Abortion Dilemma based on proceedings of the International Conference on Abortion sponsored by the Harvard Divinity School and the Joseph P. Kennedy Jr. Foundation*, Bentam Books, 1968

¹³ Cfr. *ibid.*, p. 3.

¹⁴ *Ibid.*, p. 88.

¹⁵ *Ibid.*, p. 86.

¹⁶ Brice de Malherbe, *Bioéthique ou éthique de communion*, Nouvelle revue théologique, Tome 129 n°4, Octobre-Décembre 2007, pp. 545-568 (p. 548).

La bioetica diventa disciplina universitaria

Hellegers ha continuato a elaborare un'etica indipendente dalla teologia sviluppando contatti interdisciplinari. Con l'aiuto del presidente dell'Università Georgetown di Washington, il padre Robert J. Henle S.J. (1909-2001), fonda nel 1971 il *Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics*¹⁷, diventato successivamente il *Kennedy Institute of Ethics*, che, come centro qualificato di formazione inserito nell'università, ha avuto un ruolo determinante per la diffusione della bioetica come nuova forma di etica medica. L'università Georgetown è un'istituzione cattolica, ma già nella conferenza stampa di presentazione del nuovo centro, ai giornalisti che chiedevano come fosse possibile conciliare la morale cattolica con l'intenzione di una ricerca a tutto campo, il padre Henle ha precisato che si trattava di una «iniziativa autenticamente ecumenica e cattolica», intendendo cattolica nel senso di universale¹⁸.

Allo sviluppo della bioetica hanno contribuito numerosi teologi cattolici di area progressista che avevano già preso le distanze dal Magistero della Chiesa nelle questioni morali, privilegiando un approccio unicamente laico. «Lo studio delle origini della bioetica mostra il ruolo centrale delle istituzioni cattoliche. [...] Hellegers e Francesc Abel [padre gesuita spagnolo, 1933-2011], suo allievo e collaboratore, si sono collocati nell'ala progressista di questa tradizione e con le loro scelte hanno dato vita alla bioetica e l'hanno influenzata tanto in America quanto in Europa»¹⁹.

In altri termini all'interno della teologia morale cattolica si è creata una spaccatura tra «conservatori ortodossi ed 'eretici liberali'»²⁰, cioè tra teologi morali che continuavano a ispirarsi al Magistero e quelli che, invece, intendevano elaborare un'etica medica indipendente dall'insegnamento della Chiesa cattolica, e proprio questi ultimi hanno dato il loro contributo decisivo alla nascita della bioetica.

I primi passi della bioetica

In un primo tempo teologi cattolici hanno portato il loro contributo alla formazione della bioetica ancora con un approccio in parte tradizionale, pensando che, come aveva sostenuto il padre Henle, prescindendo dal Magistero sarebbe stato possibile trovare un punto comune con altri eticisti e che non ci sarebbero state differenze sostanziali tra un'etica cattolica, ecumenica o universale. Questo è stato possibile fino a un certo punto con alcuni teologi protestanti sulla base del richiamo comune alla Sacra Scrittura e in parte anche al diritto naturale. In questa fase la bioetica ha ottenuto dei risultati positivi, bloccando, per esempio, il finanziamento pubblico negli Stati Uniti di ricerche che utilizzavano feti umani²¹.

La nuova bioetica ha avuto anche il merito indiscutibile di coinvolgere rappresentanti di altre confessioni religiose e di ambienti laici nella discussione etica, ciò che era riuscito solo in modo limitato alla medicina pastorale. La bioetica è diventata una disciplina universitaria, è stata inserita nella formazione dei medici e negli ospedali sono stati costituiti con il tempo anche comitati di bioetica.

¹⁷ Cfr. A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, cit., pp. 22-23.

¹⁸ Warren T. Reich, *Revisiting the Launching of the Kennedy Institute: Re-visioning the Origins of Bioethics*, http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/kennedy_institute_of_ethics_journal/v006/6.4reich.html, visitato il 27.12.2013.

¹⁹ John Collins Harvey, *André Hellegers, the Kennedy Institute, and the Development of Bioethics: The American-European Connection* in *The Development of Bioethics in the United States* a cura di Jeremy R. Garrett et al., *Philosophy and Medicine* Volume 115, Springer 2013, pp 37-54 (pp. 37-38).

²⁰ A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, cit., pp. 52-53.

²¹ *Ibid.*, p. 98.

Il progressivo coinvolgimento di eticisti non cristiani ha costretto bioeticisti cattolici, ortodossi e protestanti a cercare un consenso al ribasso, come riconosce uno dei maggiori esponenti della bioetica cristiana, il professore Tristram Engelhardt jr, cresciuto cattolico ma convertito alla Chiesa ortodossa: «La bioetica cristiana è servita come un passaggio intermedio per la nascita di una bioetica laica»²². Engelhardt parla anche della «[...] comparsa della bioetica cristiana e della sua eclissi nel predominio a livello mondiale di una bioetica filosofica e secolare»²³, e «Dopo una breve fioritura, la bioetica cristiana è diventata simile alle sue versioni secolarizzate»²⁴. Secondo Engelhardt una bioetica cristiana che non cerchi l'omologazione con la bioetica laica mostrerebbe un carattere settario e offenderebbe lo spirito ecumenico²⁵.

Edmund D. Pellegrino (1920-2013), considerato uno dei più umanisti tra i bioeticisti, sostiene la necessità di un nuovo approccio dell'etica medica che dovrebbe confrontarsi con situazioni concrete, con le trasformazioni socio-politiche e con l'indebolimento del consenso religioso e filosofico che sosteneva l'etica professionale. Queste nuove situazioni hanno messo in dubbio la validità dei fondamenti tanto dell'etica classica com'era stata formulata fin dalla Grecia antica²⁶, che «[...] dipendeva da una antropologia basata sulla legge naturale»²⁷, quanto delle virtù corrispondenti: «Negli ultimi 15 anni – Pellegrino scriveva nel 1988 – sono avvenuti più cambiamenti che in tutta la precedente storia della medicina e delle professioni mediche. L'antico edificio dell'etica ippocratica è stato demolito e noi stiamo entrando in qualcosa che senza esagerazione può essere definito un'era 'post-ippocratica'»²⁸.

Di tutta la tradizione antica sarebbe ancora valido un precetto del giuramento di Ippocrate: «Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa» perché corrisponderebbe a due dei principi comunemente accettati dalla bioetica: quelli della “beneficenza” e della non “maleficenza”, il medico, cioè, dovrebbe fare il bene del paziente ed evitare di nuocergli.

Pur mettendo in relazione il precetto del giuramento di Ippocrate con il principio di beneficenza, Pellegrino interpreta in modo particolare il “bene” che dovrebbe essere perseguito dal medico. La concezione del “bene” non potrebbe, infatti, fondarsi su teorie filosofiche, etiche o religiose del passato, e Pellegrino ritiene che le nuove sfide etiche della medicina «non richiedono però un deciso ritorno a forme classiche dei fondamenti dei valori etici, sia che si fondino sul diritto naturale, su teorie kantiane, sull'utilitarismo, sulla dialettica o su una fede basata su una rivelazione. Un tale disperato tentativo di trovare fondamenti ultimi per il comportamento morale e culturale sarebbe reazionario e negatore dell'emancipazione e della libertà»²⁹, perché non prenderebbe sul serio l'autonomia, il diritto all'autodeterminazione del cittadino e la sua capacità di assumersi responsabilità.

Pellegrino distingue tre possibili modi di intendere ciò che è buono per il paziente: sulla base di un ordine morale assoluto che stabilisce ciò che è bene e ciò che è male; una concezione teorica basata su teorie mediche; ciò che il paziente stesso considera come il proprio bene.

²² H. Tristram Engelhardt Jr, *The Foundations of Christian Bioethics*, Swets & Zeitlinger, Lisse 2000, p. 12.

²³ *Ibid.*, p. xiii.

²⁴ *Ibid.*, p. xviii.

²⁵ *Ibid.*, p. 1.

²⁶ Edmund D. Pellegrino, *The Philosophy of Medicine Reborn. A Pellegrino Reader*, edited by H. Tristram Engelhardt Jr. and Fabrice Jotterand, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana 2008, p. 265.

²⁷ Cfr., *ibid.*, p. 267.

²⁸ *Ibid.*, p. 424.

²⁹ Idem, *Ethik, Bioethik und Medizinethik*, in *Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen*, a cura di Hans-Martin Sass, Springer, Berlino 1988, pp. 21-35 (p. 22).

«Personalmente mi sono limitato al bene del paziente come è percepito dal paziente e ho evitato le questioni più profonde del bene del paziente dal punto di vista metafisico»³⁰. Per quanto riguarda il medico e gli altri professionisti della sanità, Pellegrino ritiene necessario un cambiamento di approccio: vi sarebbe una differenza sostanziale tra la concezione del bene del paziente basata su principi medici e ciò che il paziente considera come suo bene. Per questo le finalità mediche del trattamento non corrisponderebbero necessariamente alle aspettative del paziente. Non sarebbe possibile partire da principi generali o da una visione puramente medica della malattia, anche per l'incertezza delle diagnosi, ma si dovrebbe prendere in considerazione il singolo caso e la sofferenza individuale, e proprio la condizione di sofferenza, che solo il paziente sarebbe in grado di valutare, e il suo alleviamento dovrebbero essere al centro del trattamento. In contrapposizione con le vecchie concezioni mediche bollate come paternalistiche, perché attribuirebbero al medico la decisione su ciò che è bene per il paziente, «Dal punto di vista 'moderno' noi non possiamo sapere che cosa è buono per il paziente senza conoscere i suoi desideri. La scelta del paziente è un bene semplicemente perché lui lo desidera. Per fare il bene del paziente noi dobbiamo fare il bene che lui desidera»³¹. Per secoli il medico ha orientato la sua attività al principio che «*la salute del malato dev'essere la legge suprema*», oggi invece il primato spetta alla volontà del malato. Si tratta di un principio legittimo se sancisce che nessuno può essere obbligato a sottoporsi a un trattamento medico, a parte casi particolari nei quali è in gioco la sicurezza o la vita di altre persone, ma che diventa problematico se attribuisce al paziente, eventualmente condizionato da convenzioni o da mode, il diritto di pretendere qualsivoglia intervento medico. Non è più il medico che, secondo scienza e coscienza, pone l'indicazione per un intervento terapeutico, ma sono le richieste dei pazienti o dei loro familiari, o in certi casi convenzioni sociali, che legittimano un intervento medico³². Pellegrino, come del resto altri bioeticisti, accetta l'ampliamento del concetto tradizionale di malattia e di terapia, prendendo in considerazione anche condizioni che provocano in qualche modo disturbi o disagio al paziente, e che hanno bisogno non di una terapia vera e propria ma di un "aiuto": «Persone diventano *pazienti* quando riconoscono di essere sufficientemente affette da sintomi fisici o psichici da credere di aver bisogno di aiuto»³³.

Se l'etica generale non può più stabilire in modo assoluto ciò che è bene o male, l'etica professionale rischia di ridursi ad assecondamento della volontà del paziente, cioè a mettere le proprie capacità tecniche al servizio, per usare il termine usato da Pellegrino, dei "desideri" del paziente. In questo modo si decreta, però, la fine della bioetica: «In breve, noi dobbiamo procedere dall'etica medica o bioetica a una filosofia morale della medicina e delle professioni mediche più globale»³⁴. Una filosofia "morale" della medicina che non accetta interferenze esterne, ma parte unicamente dall'esperienza soggettiva del paziente e legittima interventi terapeutici che ne soddisfano i desideri.

³⁰ Idem, *The Philosophy of Medicine Reborn*, cit., pp. 183-184

³¹ *Ibid.*, p. 181,

³² *Ibid.*, p. 283.

³³ *Ibid.*, p. 270.

³⁴ *Ibid.*, p. 25.



Letzte Seite

Vorschau

**27. Oktober 2018: Tag des Lebens des Bistums Chur mit HLI:
Organentnahme nach Herz-Kreislauf-Stillöstand: Sind alle Spender bei der
Entnahme tot? SIEHE AUCH IM EDITORIAL DIESES HEFTES. Weitere
Info: grafroland@me.ch www.human-life.ch**

**10. November 2018: Tagung VKAS / IGNEP zu "50 Jahre Humanae vitae".
Zeit: 13:30 bis 17:00 Uhr. Ort: Kleiner Hörsaal, Universitätsspital Zürich
Path C 22. Referenten: Dr. med. Josef Lingenhölle, Frau Maria Prügl
(Salzburg), Pfr. Dr. Werner Neuer, Tübingen, Dompropst lic.teol. Christoph
Casetti. Info: rahelguerber@bluewin.ch josef.lingenhoele@hin.ch SIEHE
AUCH BEIGELEGTE EINLADUNG VKAS/IGNEP**

**19. Januar 2019: Sezione svizzero-italiana: Ritiro spirituale in Cademario
Info: ricerche@freesurf.ch ricerche@sunrise.ch**

**30. März 2019: VKAS-Jahrestagung in Uznach. Info:
rahelguerber@bluewin.ch**

Unsere HOME PAGE, betreut von Katarzyna Leupi-Skibinski: www.medcath.ch

Postscheck: Zuger Kantonalbank 6301 Zug; Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz,
Konto 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

