

WICHTIGE ZEITDOKUMENTE

zum größten Verbrechen der Neuzeit



Folge 16

In wichtigen Beiträgen möchten wir Hintergründe und Folgen der Liberalisierung der Abtreibung sowie die Entwicklung von der Abtreibung zur Euthanasie aufzeigen. Die Reihe „WICHTIGE ZEITDOKUMENTE“ erscheint in loser Folge. Zurückliegende Ausgaben können jederzeit bei uns angefordert werden.

1 „Quo Vadis“, betroffene Frau?

Ich möchte im folgenden unter psychologischen Gesichtspunkten die Situation einer Frau beleuchten, die sich zur Tötung ihres ungeborenen Kindes durch RU 486 entschlossen hat.

Vorab eine kurze theoretische Überlegung zu den tiefenpsychologischen Abläufen, die in so einem Falle eine führende Rolle spielen dürften.

Die menschliche Psyche verfügt über verschiedene Mechanismen, auf das Bewußtsein überlastende Vorgänge zu reagieren. Im Falle der Tötung eines ungeborenen Kindes kommen häufig die Verleugnung und Verdrängung der eigenen Trauer und der eigenen Schuld zum Tragen. Der aggressive Akt des Tötens wird unbewußt ein aggressiver Akt gegen das eigene Selbst. Dies findet häufig später seine Expression in der Entwicklung psychosomatischer und depressiver Krankheitsbilder.

Im Falle von RU 486 geht in Frankreich, wo die Anwendung seit 1988 in staatlichen Abtreibungskliniken erlaubt ist, der Abtreibung eine Beratung voraus.

Dann erfolgt eine siebentägige Wartezeit. Die Beobachtungsphase nach der Einnahme der Abtreibungspille bis zur Anwendung des Prostaglandins beträgt 36-48 Stunden, es folgen 8-12 Tage Blutung bis zur Nachuntersuchung.

Die Frau befindet sich also bei einer Abtreibung mit RU 486 für ca. 3 Wochen in einer psychischen Ausnahmesituation. Ich zitiere Dr. E. Sakiz, er arbeitet bei „Roussel-Uclaf“, der französischen Tochter von Hoechst, welche RU 486 in Frankreich herstellt und vertreibt: „Es ist eine aufwühlende psychologische Zerreißprobe.“

Abtreibung mit RU-486

Wie stellt sich nun so ein Verlauf im Einzelnen dar? Eine zur Abtreibung entschlossene Frau sucht die Abtreibungsklinik auf und führt dort ein Gespräch

QUO VADIS - betroffene Frau?

Der hier wiedergegebene Vortrag von Frau Dr. med. Angelika Pokropp-Hippen wurde in Bonn bei einer Tagung des Bundes katholischer Akademikerinnen gehalten. Frau Pokropp-Hippen praktiziert als Ärztin und Psychotherapeutin in Münster/Westf.

mit einem Arzt. Sie wird befragt zur Dauer der Schwangerschaft. Spätestens, wenn der Arzt im Ultraschall das Alter des ungeborenen Kindes überprüft, wird die Frau mit eigenen Augen sehen, daß in ihr nicht ein Nichts ist, sondern daß dort ein Kind heranwächst.

Spätestens zu diesem Zeitpunkt wird die Frau mit ambivalenten Gefühlen konfrontiert, welche von aufkeimender Bereitschaft zur Annahme des Kindes bis zur Tötungsabsicht reichen.

Die Frau wird erfahren, daß sie bis maximal zum 49. Tag nach Ausbleiben der Regel durch RU 486 ihr ungeborenes Kind töten kann.

In England würde diese Methode bis zum 63. Tag angewendet. Zu diesem Zeitpunkt ist das Kind 5 bzw. 7 Wochen alt. Bei einem 5 Wochen alten Embryo schlägt das Herz und die Arme und Beine beginnen zu knospen. Es ist 12 mm groß.

Durch Instrumentalisierung des Gespräches auf die zahlreichen Ausschlußkriterien von der Anwendung und die zahlreichen möglichen Nebenwirkungen wird auf psychischer Ebene vom Schicksal des Kindes abgelenkt.

Dies entspricht bei vorhandenen Tötungsabsichten auf seiten der Frau deren Wunsch nach Verleugnung und Verdrängung ihrer eigenen emotionalen Betroffenheit mit dem Mittel des Rationalisierens.

An dieses Gespräch wird sich eine siebentägige Wartezeit anschließen. Die Frau wird sich in dieser Zeit weiter in höchst

ambivalenten Gefühlen befinden. Sie wird Müttern mit Kinderwagen begegnen, sie wird Schwangere sehen, sie wird ggf. ihre eigenen Kinder erleben.

Gefühle, wie der Wunsch, das Kind zu behalten, werden wechseln mit Gegenargumenten.

Die Frau wird gespalten in Kopf und Bauch, und diese Spaltung meint auch die psychische Seite.

Die Intellektualisierung und Rationalisierung (=Kopf) wird mit dem Kinde zugewandten Anteilen konkurrieren. In unserem Beispiel entschließt sich die Frau zur Tötung ihres Kindes.

Sie erhält in der Abtreibungsklinik die 3 tödlichen Pillen ausgehändigt und schluckt sie in Anwesenheit des Mediziners.

Nun gibt es kein Zurück!

Die Frau hat sich zur Giftmörderin ihres Kindes gemacht. Sie wird dies psychisch nur ertragen, indem sie ihre innere Anteilnahme und ihre Zweifel massiv verdrängt. Sie wird erleben, wie ihr Körper durch Übelkeit bis hin zum Erbrechen versucht, das Gift aus dem Körper zu entfernen und das Kind zu retten.

So kommt es auch im Körpererleben der Frau zu einer Spaltung.

Sie darf aber ihren seelischen Reaktionen keinen zu großen Raum geben, um sich über die Anpassung an den Mythos von der harmlosen Abtreibung, welcher ihr ja suggeriert wurde, weiter stabilisieren zu können.

Die Frau wird mindestens 2 Stunden nach Einnahme der Pillen zur Überwachung in der Klinik bleiben.

Die Überwachung meint vor allem, es wird sichergestellt, daß der Körper der Frau gezwungen wurde, das Gift zu behalten.

Die Frau wird darüber nachdenken: Wo ist das Gift nun? Ist es im Magen, ist es schon im Darm, ist es im Blut? Ihre innere Wahrnehmung wird schwanken zwischen den Gedanken an das Schicksal des Kindes und den Sorgen um das eigene körperliche Erleben.

Sollte die Frau nicht weiter als 1 Stunde von der Klinik entfernt wohnen, kann sie nach 2 Stunden gehen.

Der Tötungsprozeß nimmt unaufhaltsam seinen Lauf.

In den nächsten 36 bis 48 Stunden befindet sich die Frau in einem absoluten psychischen Ausnahmezustand.

Einerseits sieht ihre Umwelt ihr äußerlich nichts an, andererseits weiß sie um die von ihr zu verantwortende künstlich ausgelöste Fehlgeburt, der sie nun mit großer innerer Spannung entgegenseht. Wieder kommt es zum Erleben einer Spaltung in einen ängstlich sich selbst beobachtenden Teil, der auf die Anzeichen der einsetzenden Blutung wartet und einen verdrängten Teil ihrer selbst, der sich mit dem Leiden und Sterben des ungeborenen Kindes in ihr auseinandersetzt. Sie kann in diesen Tagen mit anderen über ihre Situation sprechen, sie mag Anteilnahme und Mitgefühl erleben. Sie mag vielleicht ganz für sich allein sein, weil niemand wissen soll, was sie tut und was sie verliert.

Die große Einsamkeit

In letzter Instanz wird sie einsam sein in diesen Tagen. Sie wird ihren Körper ängstlich beobachten und sich fragen:

„Was macht es mit mir, wenn in mir etwas getötet wird?“

Sollte sich in diesen Tagen der Wunsch einstellen, das Kind doch behalten zu wollen, wird sie in der Unabwendbarkeit der von ihr geschaffenen Situation körperlich und seelisch gefangen sein.

Die psychischen Folgen einer solchen Situation könnten bis zur Suizidalität oder psychotischen Dekompensation reichen. Nach Ablauf dieser 36-48 Stunden steht der Frau nun die Austreibung des ungeborenen Kindes bevor.

Die Abtreibungspille allein bewirkt nur in etwas über 50% der Fälle eine spontane Fehlgeburt, sodaß regelmäßig zusätzlich Prostaglandine gegeben werden, um die sogenannte „Erfolgsquote“ der Methode auf ca. 95% zu erhöhen.

Über 6 Stunden wird die Frau erleben, wie es unter einer schmerzhaften Ausstoßung zum Verlust des getöteten Kindes kommt.

Die Frau wird sich fragen: was kommt nun zutage? Sie wird mit der Angst, anschauen zu müssen, was sie getötet hat, alleine sein. Sie wird erleben, daß es eine Lüge ist, wenn die Befürworter der Abtreibungspille von einer sanften Methode sprechen.

Unter dem Eindruck der nicht zu verdrängenden körperlichen Schmerzen wird der massive Verdrängungsprozeß der eigenen Betroffenheit, der eigenen Schuld und der eigenen Trauer fortgesetzt.

Möglicherweise führt dies im äußeren Verhalten kompensatorisch zur Gelassenheit und zum Herunterspielen der persönlichen Gefühle.

Diese Frauen scheinen dann das Bild von der „fast normalen Abtreibung“ zu bestätigen. Oder die Frauen können ihre reaktive Trauer und ihre emotionale Spaltung signalisieren und Trost und Nähe durch Pflegepersonal oder Angehörige erfahren. Die Frage der persönlichen Schuld und der persönlichen Trauerarbeit, welche nur unter Einbeziehung der Schuldthematik geleistet werden kann, diese Fragen werden durch keine von außen organisierbare Begleitung gelöst. Falls keine operative Beendigung der Ausstoßung des Kindes nötig ist, verläßt die Frau mit ihrer Blutung die Klinik, um sich nach 8-12 Tagen zur Nachuntersuchung vorzustellen.

In 1,2 % der Fälle wird sie bei der Nachuntersuchung erfahren, daß ihr Kind noch lebt. Sie wird darüber aufgeklärt, daß durch die Vergiftungsschäden das Kind in seiner Entwicklung irreversibel gestört wurde.

Die Kaskade der Gefühle wird für diese Frauen von vorn beginnen, wenn sie nun der operativen Abtreibung entgegensehen. Besonders die Frauen, welche tief in sich den Wunsch hegen, das Kind doch behalten zu wollen, werden erneut mit den fatalen Folgen ihres Handelns konfrontiert und in eine tiefe seelische Krise gestürzt.

In 2,8% der Fälle zeigt sich bei der Nachuntersuchung, daß das ungeborene Kind tot ist, aber nur zum Teil ausgestoßen wurde. Auch hier wird die Frau beim Ultraschall in aller Deutlichkeit mit den Folgen ihres Handelns konfrontiert, ohne daß die Chance bestünde, irgend etwas rückläufig zu machen.

Die Frau wird der operativen Beendigung der Abtreibung mit dem Gefühl entgegensehen, daß ihr Körper das Kind nur zum Teil erzwungenermaßen hergegeben hat.

In 0,6% der Fälle wird die Frau durch eine starke Blutung selbst in Gefahr geraten und primär auf ihr eigenes körperliches Erleben zurückgeworfen sein.

In allen Fällen verbringt die Frau bis zur Nachuntersuchung eine Zeit der Unsicherheit über Verlauf und sogenannten Erfolg der medikamentösen Abtreibung.

Das bedeutet, der Spannungszustand ist nach wie vor nicht beendet, eine Reaktion auf das Erlebte kann nach wie vor noch nicht stattfinden.

Drei Wochen Unsicherheit

Drei Wochen voller Unsicherheit, Schmerzen, fast zehn Tage davon mit einer Blutung, sind der Preis für die Illusion von der „fast normalen Abtreibung“, welche sich die Abtreibungsbefürworter zu ihrer eigenen Entlastung so vehement wünschen.

Die psychischen Folgen der verdrängten Schuld und Trauer schlagen sich häufig Monate bis Jahre bis Jahrzehnte später nieder in psychosomatischen und psychischen Erkrankungen bzw. tragen wesentlich zu deren Entstehen bei.

Das klinische Bild kann je nach Persönlichkeitsstruktur reichen von Beschwerden wie WS-Leiden, gynäkologischen Krankheitsbildern, Migräne, Schwindel, Magen-Darm-Störungen, psychosomatisch bedingten Herz- und Atembeschwerden, Schlafstörungen bis hin zu manifesten psychischen Erkrankungen wie neurotischer Depression und Suizidalität. Das Klimakterium mit dem endgültigen Abschied von der Möglichkeit, eigene Kinder zu gebären, spielt hier eine besondere Rolle.

Worin liegt nun die spezifische psychische Belastung der medikamentösen Abtreibung? Wie beschrieben, spielt hier die fast dreiwöchige Dauer eine besonders belastende Rolle.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt in der Tatsache begründet, daß die Frau bei der medikamentösen Abtreibung die aktive Rolle einnimmt.

Während die Frau bei der operativen Abtreibung spätestens bei der Narkose die passive Rolle einnimmt, schluckt sie die tödlichen Tabletten bei klarem Bewußtsein und erlebt bei planmäßigem Verlauf auch den Abgang des ungeborenen Kindes ganz bewußt.

Tötung als Befreiung

Diese aktive Rolle wird von den Befürwortern der Abtreibungspille besonders hervorgehoben nach dem Motto: „Selbstbefreiung der Frau durch Selbsttötung des Kindes.“ Es wird der Gewinn eines Stückes weiblicher Autonomie darin gesehen, daß die Frau nach dem Motto „mein Bauch gehört mir“ zunächst die Tötungsentscheidung fällt und dann die Tötung auch aktiv vollzieht.

Die regierende Partei in Frankreich erarbeitete einen Gesetzesentwurf, in welchem dementsprechend das Recht auf „auto-avortement“, also Selbst-Abtreibung, gefordert wird.

Aus tiefenpsychologischer Sicht erscheint mir diese Einschätzung sehr fragwürdig.

Die vermeintlich selbstbefreiende aktive Tötung des ungeborenen Kindes wird meines Erachtens in der Mehrzahl der Fälle die Frauen in besonderer Weise belasten. Die Frauen werden den Moment der Einnahme der tödlichen Tabletten genauso wenig vergessen wie die Wochen danach. Aber sie werden nach der Abtreibung mit den dann früher oder später einsetzenden depressiven Reaktionen genauso alleine sein, wie es in der Regel die Frauen nach konventioneller Abtreibung sind.

Sie werden unter dem Eindruck der Eientötung ihres Kindes noch schwerer Zugang finden zu ihrer Trauer. Ebenso wird es in dieser Situation erheblich schwerer sein, sich mit der eigenen Schuld zu konfrontieren. Genau hier liegt bei den meisten Frauen, die aktiv abgetrieben haben, die Gefahr, sich auf Grund massiver Verdrängung ihrer reaktiven Gefühle in die Entwicklung manifester psychosomatischer oder somatopsychischer Folgekrankheiten zu begeben.

Es gibt ein kollektives Interesse daran, daß diese Verdrängung so massiv verläuft. Nur wenn Frauen nach Abtreibungen in ihrer Trauer und Schuld gefangen bleiben, werden sie schweigen und somit das Politikum Abtreibung, denn zu dem ist es schon lange geworden, nicht ernsthaft gefährden.

Mythos der Befreiung

Der Mythos von der Befreiung der Frau zu sich selbst durch die vermeintliche Befreiung von ihrem Kind hat eine lange Geschichte, die nicht Thema dieses Abends ist. Hier sei nur erwähnt, daß die jahrtausendelange Unterdrückung der Frau und die damit einhergehende Entfremdung von sich selbst und ihrem weiblichen Körper eine wesentliche Rolle bei dieser Entwicklung spielt.

Im letzten handelt jede Frau, die ihr Kind in sich tötet, auch aggressiv gegen sich selbst. Diese Autoaggression wird oft in Therapien Thema.

In Deutschland werden ca. 400.000 Abtreibungen pro Jahr durchgeführt. Der Meldepflicht für Abtreibungen wird nur höchst nachlässig nachgekommen - ein weiteres Indiz für das Phänomen der kollektiven Verdrängung der Abtreibung an sich.

Kollektive Verdrängung geschieht immer dann, wenn ein großes Kollektiv von den zu verdrängenden psychischen Belastungen betroffen ist.

Ich erinnere an Mitscherlich und seinen Begriff von der „Unfähigkeit, zu trauern“. In unserem Falle besteht das ständig wachsende Kollektiv aus Millionen von Menschen, die direkt oder indirekt von Abtreibung betroffen sind - ich meine die Frauen und ihre Angehörigen.

Da millionenfach der Trauer- und Schuldbearbeitung in unserer Gesellschaft - dem

sogenannten Zeitgeist entsprechend - kein oder zu wenig Raum gegeben wurde, hat sich die kollektive Verdrängung etabliert. Genau hier hat die Pharmaindustrie ihre Chance, aus der Situation ihr Kapital zu schlagen, indem sie dem kollektiven Bedürfnis nach „privater Abtreibung“ die dazu passende Pille bietet.

2 Damit komme ich zum zweiten Teil meines Vortrages

„Quo vadis“ - Medizin und Pharmazie?

Die Entwicklung, klinische Prüfung und Vermarktung einer chemischen Substanz, die dem Zweck des Tötens menschlichen Lebens dient, ist ein absolutes Novum im Bereich der Humanmedizin und bislang im Bereich der zivilen Forschung unbekannt. Eine solche Medizin und Pharmazie haben sich weit von den ethischen Grundlagen entfernt, wie sie im Eid des Hippokrates formuliert wurden.

Statt menschliches Leben zu schützen und zu erhalten, verbündet sich nun der Arzt mit der pharmazeutischen Industrie zwecks Tötung ungeborenen Lebens.

Die Rolle des abtreibenden Arztes bzw. der abtreibenden Ärztin wandelt sich allerdings vom aktiv Tötenden zur Rolle des passiv Beteiligten.

Das Überreichen der für das Kind tödlichen Tabletten erspart dem abtreibenden Arzt/Ärztin die blutige Arbeit und erleichtert das Verleugnen und Verdrängen der eigenen Verantwortung.

Der Arzt bzw. die Ärztin müssen zudem das Wissen um den tagelangen Todeskampf durch zunehmende Mangelversorgung verdrängen, welchem das ungeborene Kind bei Anwendung der Abtreibungsspielle ausgesetzt wird. Das Kind zahlt als schwächstes Glied den Preis für die kollektive Verdrängung seiner grausamen Tötung. Wenn das menschliche Leben disponibel wird, gibt es kein Halten. Der Tötung ungeborener Menschen folgt entsprechend schon immer lauter der Ruf nach Euthanasie schwerst kranker Patienten auf deren Wunsch.

Wie die Vernetzung zur Gentechnologie aussieht, werde ich in einem aktuellen Beispiel im letzten Teil meines Vortrages erläutern.

Zurück zur Rolle der Pharmaindustrie in Sachen Abtreibungsspielle.

Ich möchte die Firma Hoechst selbst sprechen lassen, indem ich Ihnen Textstellen aus der Broschüre „Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriстон (RU 486) und Prostaglandin“ aus der 3. erweiterten Auflage von Juli 1992 zeige. Um es zu verdeutlichen: Die Firma Hoechst sieht sich als Teil eines medizinischen Versorgungssystems, das der Nachfrage nach einer Abtreibungsspielle dann das Angebot folgen läßt, wenn staatliche Ordnungssysteme hierfür die recht-

lichen Rahmenbedingungen geschaffen haben. Dies ist in Deutschland durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes erfolgt.

Darüber hinaus möchte die pharmazeutische Industrie aber eine Abstimmung mit den Kultursystemen im Sinne eines gesellschaftlichen Konsenses erreichen, um ohne Risiko für relevante Marktverluste die Abtreibungsspielle einzuführen.

Die Pharmaindustrie beschränkt ihre Verantwortung auf die „Produkthaftung“, will sagen, daß der Behandlungserfolg Kindstod mit großer Sicherheit eintritt. Die Pharmaindustrie möchte die Abtreibungsspielle nur auf den „ausdrücklichen Wunsch“ einer „repräsentativen Instanz“ einführen. Sie möchte also gebeten werden und sicher sein, daß der gesellschaftliche Widerstand gegen dieses Tötungsmittel zu vernachlässigen ist für das Marketingrisiko.

1991 sprach Bundestagspräsidentin Rita Süßmuth sich gemeinsam mit der Gesundheitsministerin, Frau Gerda Hassel-feld, und der Ministerin für Frauen und Jugend, Frau Dr. Angela Merkel, für die Etablierung von RU 486 in Deutschland aus. Die Pharmaindustrie entsprach diesem Wunsch bisher noch nicht, da sie sich der gesellschaftlichen Akzeptanz großer Kreise noch nicht sicher genug ist.

Genau hier sind jede Einzelne und jeder Einzelne gefordert, der Industrie klar zu machen, daß kein gesellschaftlicher Konsens für die „Lizenz zum Töten ungeborener Menschen“ zu kriegen ist.

3 Ich komme hiermit zum dritten Teil meines Vortrages:

„Quo Vadis“, menschliche Gesellschaft?

Nach Schätzungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) werden jährlich weltweit etwas 40 bis 60 Millionen Abtreibungen vorgenommen. Bei der Beurteilung dieser geschätzten Größe ist wichtig zu wissen, daß die WHO selbst am sogenannten HRP arbeitet. Damit ist das Human Reproduction Programme gemeint, in welchem der Abtreibung ein Platz sicher ist.

Genau hier liegt für die Pharmafirmen der Markt der Zukunft. Zur Zeit kosten drei Pillen RU 486, also die für eine Tötung notwendige Menge, 123 DM.

Die Pharmaindustrie kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keinen globalen Gebrauch von der Abtreibungsspielle machen, da die Nebenwirkungen dies verbieten.

Sicher wird aber weiter geforscht bei den Firmen Hoechst, Schering und Sterling Winthrop, welche schon jetzt Abtreibungsspielle herstellen.

Würden in der Zukunft beispielsweise weltweit nur 10% der Abtreibungen medikamentös durchgeführt, würde dies schon einen Umsatz von 615 Millionen

DM bedeuten. Bei weiterer Perfektionierung der Tötungsspiel eröffnet sich also ein lukrativer Markt. China, wo ungebo-rene Mädchen bekannterweise nur wegen ihres Geschlechtes massenweise ge-tötet werden, besitzt bereits in Schanghei eine Produktionsanlage für die Abtrei-bungsspiel.

Wenn man dann noch weiß, daß mit dem Verfahren der Zellseparation in wenigen Jahren eine Methode zur Verfügung stehen wird, die schon in der Frühschwangerschaft aus dem mütterlichen Blut eine Aussage über genetische Gesundheit und Geschlecht des Kindes zuläßt, kann man ahnen, welche Allianz sich da ergeben kann.

Wir sind also nun beim Thema Wissenschaft. Was in der Wissenschaft geschieht, wenn die Grenze der Achtung des Lebens überschritten wird, möchte ich Ihnen an einem aktuellen Beispiel verdeutlichen.

Im Februar 1994 hat Dr. Roger Gosden, Befruchtungsspezialist und Fötenforscher an der Universität Edingburgh, bei der zuständigen Ethikkommission folgenden Antrag gestellt:

Er möchte die Genehmigung bekommen, sein Experiment auszuweiten, in welchem er von abgetriebenen weiblichen Embryonen die Eizellen separiert, anzüchtet, künstlich befruchtet und anschließend sterilen Frauen mit Kinderwunsch einsetzt.

Bald Ei-Banken?

Ungebo-rene, abgetriebene weibliche Föten sollen also als Spenderbank dienen, um den Kinderwunsch steriler Frauen zu erfüllen. Daß hier außerdem ein ideales Reservoir wäre, um am menschlichen Erbgut mit Genmanipulationen zu experimentieren, sei von mir zusätzlich vermerkt. Der Mitteldeutsche Rundfunk befragte in einer Fernsehsendung deutsche Wissenschaftler zu ihrer Meinung.

Ich zitiere Dr. Klaus Sterzik, Befruchtungsspezialist an der Universität Ulm: „Es gibt da Methoden, für die Sie in England den Nobelpreis bekommen, da bekommt man in Deutschland drei Jahre Gefängnis.“

Prof. Dr. Breckwoldt von der Uniklinik Freiburg meint: „Deutschland bemüht sich nach besten Kräften, Außenseiter zu bleiben, allmählich das Schlußlicht in der EG zu werden.“

Diese Zitate zu dem Antrag des Dr. Gospen sprechen für sich. Der Beitrag endete mit der Frage: „Aber wer hat die Macht zu entscheiden, ob dieser Alptraum Wirklichkeit wird?“

Jetzt Widerstand!

Meine Antwort lautet: Wir haben die Macht zu entscheiden, ob solche Alpträu-

me Wirklichkeit werden. Wer der Verfügbarkeit menschlichen Lebens durch Abtreibung, Genmanipulation und einer irregeleiteten Reproduktionsmedizin ein klares „Nein“ zu sagen weiß, hat die Macht.

„Wir sind das Volk“, hieß ein Aufruf vor wenigen Jahren, der eine friedliche Revolution einleitete. Wir sind das Volk, muß die Antwort sein auf eine Wissenschaft, die sich von den ethischen Grundsätzen unserer europäisch-christlichen Kultur zum Zwecke der Gewinnmaximierung mehr und mehr entfernt.

„Was also kann die Einzelne, kann der Einzelne tun?“

Bezogen auf die geplante Einführung der Abtreibungsspiel heißt die Antwort: Werden Sie aktiv im Sinne der Boykottandrohung! 11 Millionen amerikanische Lebensschützer konnten durch ihre Boykottandrohung gegen alle Produkte der Hoechst AG erreichen, daß die Einführung von RU 486 in den USA unterblieb.

Schreiben Sie den Firmen Hoechst und Schering und teilen Sie Ihnen mit, daß Sie wegen der geplanten Einführung der Abtreibungsspiel auf ihre Produkte zu verzichten gedenken. Motivieren Sie in Ihren Familien, am Arbeitsplatz und in den Gemeinden möglichst viele Menschen, ebenfalls mit Boykott zu drohen.

Denken Sie an den zitierten ersten unternehmenspolitischen Grundsatz der Firma Hoechst: „Die Zulassung von Mifepriston (RU 486) für die Anwendung als medikamentöse Schwangerschaftsabbruchsmethode kann nur in einem Land beantragt werden, in dem Schwangerschaftsabbruch gesetzlich eindeutig geregelt und von der Gesellschaft toleriert ist. Wir alle sind aufgerufen zu verhindern, daß diese gesellschaftliche Akzeptanz von interessierten wirtschaftlichen und politischen Kräften erreicht wird. Es kommt auf jede Einzelinitiative an.“

Die Medien sind besonders wichtig, da sie in unserer Gesellschaft Meinungsmultiplikatoren sind. Suchen Sie den Kontakt zu den Medien. Schreiben Sie den Redaktionen der Fernsehsender oder Zeitschriften, wenn Sie erleben, daß öffentlich versucht wird, das Klima für die Einführung der Abtreibungsspiel vorzubereiten.

Jeder einzelne Meinungsbeitrag zählt. Unterstützen Sie Journalistinnen und Journalisten durch positive Briefe, die sich für die Sache des Lebensschutzes einsetzen. Wer sich in Sachen Lebensschutz schon mit den Medien auseinandergesetzt hat, weiß, daß auch dort das von mir beschriebene Phänomen der kollektiven Verdrängung vorhanden ist.

Lassen Sie sich nicht entmutigen. Neben den Einzelinitiativen ist psychologisch sehr wichtig, daß sich die verschiedenen Lebensschutzorganisationen in der Öffentlichkeit als eine Lobby präsentieren, d. h. zum Beispiel, daß eine Dachorganisation über alle Unterschiede hinweg gegründet wird, die professionelle Öffentlichkeitsarbeit betreibt.

Auch die Kirchen sind aufgerufen, ihre Medien und ihr öffentliches Auftreten eindeutig in Richtung Schutz des ungebo-renen Lebens festzulegen. „Du sollst nicht töten“ muß auch um den Preis andersdenkender Mitglieder mit dem Mute eines Graf von Galen vertreten werden.

Meine Damen und Herren, ich bin nun am Ende meines Vortrages angelangt und möchte Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit bei dieser schwierigen und belastenden Thematik herzlich danken.

Als seelische Erfrischung und Motivation möchte ich Ihnen ein Bild von Käthe Kollwitz zeigen:

Eine Mutter ist dargestellt.

Eine Mutter mit ihrem Kind.

Die Frau hat Hände, die von viel Arbeit sprechen und ihr Gesicht zeigt Spuren von Entbehrung und Not. Sie hält das Kind in ihren Händen wie einen Schatz. Und das Kind erhellt das Gesicht der Mutter.

Zu diesem Bild fiel mir ein Gedicht von Hilde Domin ein, das ich Ihnen und uns mitgeben möchte auf den Weg nach Haus und auf den Weg unserer gemeinsamen Arbeit:

Nicht müde werden
sondern dem Wunder
leise wie einem Vogel
die Hand hinhalten.

Herausgeber und v.i.S.d.P.:

GAGN

AKTION LEBEN e.V.



Postfach 61 D-69518 Abtsteinach

E-Mail: post@aktion-leben.de, www.aktion-leben.de

Spendenkonto: Volksbank Überwald e.G., BLZ: 509 616 85, Kto: 17 914
BIC: GENODE51ABT - IBAN: DE83509616850000017914