

Die tödliche Pille

Die Abtreibungspille Mifegyne – oft noch besser bekannt als RU 486 – wurde eingeführt, um eine »sanfte Abtreibung« zu ermöglichen. Dieses Ziel wird nicht selten verfehlt, wie mehrere Todesfälle aus dem Ausland belegen. Nun wurde ihr Einsatz im Zuge einer europaweiten Vereinheitlichung in Deutschland ausgeweitet.

Von Matthias Lochner

Die 16jährige Schwedin Rebecca Tell ist in der siebten Woche schwanger als sie sich für die Abtreibung entscheidet. Eine Woche nach ihrer Untersuchung beim Gynäkologen geht sie ins Krankenhaus und nimmt drei Mifegyne-Pillen ein. Zwei Tage später nimmt sie im Krankenhaus zwei Cytotec-Tabletten zu sich. Wenige Stunden später wird sie von heftigen Schmerzen und starken Blutungen geplagt. Rebecca erhält Schmerzmittel und wird nach Hause geschickt. Auch Tage später hören die Schmerzen und Blutungen nicht auf. Ihr Freund drängt sie, sich erneut ins Krankenhaus zu begeben. Der betreuende Arzt gibt Entwarnung und sagt, die Blutungen könnten zwei Wochen dauern. Acht Tage nach der Abtreibung wird Rebecca tot in ihrer Dusche gefunden. Sie ist verblutet, obwohl die betreuenden Ärzte laut einem Gutachten alle »Regeln der Abtreibung« beachtet haben.

Holly Patterson aus Kalifornien ist 18 Jahre alt, als sie schwanger wird. Auch sie entschließt sich zur Abtreibung mit Mifegyne. Nachdem sie die tödliche Pille eingenommen hat, muss sie zweimal in das lokale Krankenhaus, da sie unter starken Schmerzen leidet. Beim ersten Mal wird sie mit Schmerzmitteln wieder nach Hause geschickt. Beim zweiten Mal ist es schon zu spät: Holly stirbt im Krankenhaus. Laut dem Autopsiebericht sorgte Mifegyne bei dem 18jährigen Mädchen nur für eine unvollständige Abtreibung. Die im Mutterleib verbliebenen Körperteile ihres ungeborenen Kindes lösten eine massive Infektion aus. Diese wiederum verursachte einen schweren septischen Schock, der im Fall von Holly schließlich tödlich endete.

Rebecca und Holly sind nur zwei von insgesamt 13 Frauen, die aufgrund der beschriebenen und ähnlich gelagerten Ursachen die Einnahme der Abtreibungspille Mifegyne nicht nur mit dem Leben ihrer Kinder, sondern auch mit dem ei-

genen bezahlten. Alle diese Fälle finden sich auf der Internetpräsenz des in Cincinnati im US-Bundesstaat Ohio ansässigen »Life Issue Institutes« (www.lifeissues.org/ru486/deaths.htm) dokumentiert. Darunter ein Fall in Frankreich, einer in Kanada sowie mehrere Fälle in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Großbritannien. Wie viele undokumentierte Todesfälle existieren, weiß niemand.

tungen mit dem Abtreibungspräparat. Mifegyne enthält den Wirkstoff Mifepriston, ein künstliches Hormon, das in seiner Struktur dem natürlichen Hormon Progesteron ähnelt, allerdings eine genau entgegengesetzte Wirkung besitzt. Das für den Erhalt der Schwangerschaft unentbehrliche Hormon Progesteron verändert nämlich die Schleimhaut der Gebärmutter so, dass sich die befruchtete

DANIEL REINEN / REIDER MEDIENAGENTUR



Von wegen »sanft«: Die Einnahme von Mifegyne kostete auch dreizehn Frauen das Leben.

Die Abtreibungspille Mifegyne (früher RU 486) wurde in den 80er Jahren in Frankreich entwickelt und sukzessive in Frankreich (1988), Großbritannien (1991) sowie Schweden und China (beide 1992) zugelassen. 1999 erfolgte die Zulassung in den Vereinigten Staaten von Amerika sowie in Österreich, Deutschland und einigen anderen europäischen Ländern. Weltweit erlauben mittlerweile 31 Länder die Vornahme vorgeburtlicher Kindstö-

Eizelle einnisten und fortentwickeln kann.

Mifepriston jedoch blockiert die Zellen in der Gebärmutterschleimhaut, an die sich das Progesteron »andockt« und verhindert so, dass das Hormon seine Wirkung entfalten kann. Dadurch wird die Funktion von Gebärmutter und Nabelschnur aufgehoben, Sauerstoff und Nahrung gelangen nicht mehr zum Kind. 600 Milligramm Mifegyne (drei Tabletten) in der Frühschwangerschaft lassen das

Kind im Mutterleib langsam verhungern und verdursten, und führen so zu einem Tod, der sich über zwei Tage hinziehen kann. Die Gebärmutter Schleimhaut löst sich und wird mit dem darin eingenisteten Embryo abgestoßen. Um die Wirkung von Mifegyne zu verstärken, wird rund 36 bis 48 Stunden nach dessen Einnahme zusätzlich ein Wehen auslösendes Prostaglandinpräparat verabreicht.

Die Abtreibungspille Mifegyne wurde seinerzeit mit dem Argument eingeführt, sie ermögliche schwangeren Frauen im Vergleich mit einer chirurgisch ausgeführten vorgeburtlichen Kindstötung eine »sanfte Abtreibung«, da mit ihr mögliche Verletzungen der Gebärmutter und bleibende Schäden durch chirurgische Instrumente vermieden würden. Ein Blick in den Beipackzettel macht allerdings deutlich, dass auch Mifegyne alles andere als ungefährlich ist: Die dort aufgeführten Nebenwirkungen des chemischen Tötungspräparats reichen von Übelkeit, Erbrechen und Durchfall über starke Schmerzen und Blutungen, Uteruskontraktionen und -krämpfen bis hin zum Riss der Gebärmutter. Darüber hinaus können Infektionen auftreten, die in »sehr seltenen Fällen« (Anm. d. Redaktion: bei weniger als einer von 10.000 Frauen) einen »tödlichen toxischen Schock« verursachen.

So wie eben in dem skizzierten Fall von Holly Patterson, bei der die Abtreibung nicht vollständig durchgeführt wurde. Im Beipackzettel wird denn auch sicherheitshalber darauf hingewiesen, dass Mifegyne »nicht zu 100 Prozent wirksam sei« und auch »ein chirurgischer Eingriff erforderlich« sein könne, um »die Behandlung abzuschließen«. Schätzungen zufolge missglücken etwa zwei bis acht Prozent der Abtreibungen nach Einnahme von Mifegyne. Kinder, die solch einen Tötungsversuch überleben, tragen laut einer amerikanischen Studie, die in der Fachzeitschrift »Annals of Pharmacotherapy« publiziert wurde, in 23 Prozent der Fälle schwere Missbildungen davon.

Trotz der zuweilen tödlichen Nebenwirkungen wurde durch eine Entscheidung der Europäischen Kommission – K (007) 3029 – »über das Inverkehrbringen des Humanarzneimittels »Mifegyne«, das den Wirkstoff »Mifepriston« enthält« – die Zulassung von Mifegyne zum 1. Juli dieses Jahre europaweit vereinheitlicht und die Abtreibungspille bis zum 63. Tag nach dem Beginn der letzten Monatsblutung zugelassen. In Deutschland lag die Frist bislang bei 49 Tagen.

Die Ausweitung der Zulassung ermöglicht es abtreibungswilligen Frauen nun

bis zur 9. Woche, also zwei Wochen länger als bisher, auf die chemische Tötungsvariante zurückzugreifen. Zu diesem Zeitpunkt sei »das Zentralnervensystem des Embryos bereits ausgebildet und alle Organe vorhanden. Das Kind kann schon Arme und Beine bewegen, besitzt einen unverwechselbaren Fingerabdruck und sogar das Immunsystem funktioniert«, erklärt die Ärztin und Bundesvorsitzende der Aktion Lebensrecht für Alle e.V.



Dr. Claudia Kaminski

(ALFA), Claudia Kaminski, welche die Ausweitung rügt.

Dagegen begrüßt die Organisation Pro Familia die europaweite Vereinheitlichung ausdrücklich. Karin Bouffier, Ärztin beim Pro Familia-Ortsverband Duisburg, etwa meint: »Das Zeitfenster ist nun größer. Viele Frauen finden erst nach acht Wochen heraus, dass sie schwanger sind. Bislang war es dann zu spät für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.« Die Organisation erwartet, dass durch die Fristverlängerung in Deutschland mehr Frauen in der Abtreibungspille

»Frauen haben jetzt endlich eine größere Wahlfreiheit«

eine Alternative zu der chirurgisch durchgeführten vorgeburtlichen Kindstötung erblicken. »Frauen«, so Bouffier, »haben jetzt endlich auch hierzulande eine größere Wahlfreiheit«.

Der durch mehrere Prozesse bundesweit bekannt gewordene Abtreibungsarzt Friedrich Andreas Stapf sieht dies jedoch ganz anders. Er kritisiert die neue Regelung öffentlich. Laut Stapf, der in München und Stuttgart Abtreibungskliniken

betreibt, werden den abtreibungswilligen Frauen begleitend zu Mifegyne obligatorisch die Prostaglandine Cytotec oder Cergem verabreicht. Cytotec sei aber nach dem 49. Tag der Schwangerschaft überhaupt nicht zugelassen, »es ist also mit erheblichen strafrechtlichen und noch größeren zivilrechtlichen Gefahren für den Arzt verbunden«, argumentiert der Abtreibungsarzt. Und das Vaginalzäpfchen Cergem dürfe er nur beziehen, wenn



Abtreibungsarzt Friedrich Stapf

er dem Hersteller garantiere, dass »die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Notfallbehandlung von Beginn der Einlage bis zum Ende der postoperativen Überwachung« gewährleistet werde. Ambulant sei eine Abtreibung jenseits des 49. Tages damit kaum durchführbar. Denn die notfallmedizinischen Anforderungen könnten nur in einer Klinik geleistet werden, so Stapf weiter.

Neben den rechtlichen Bedenken, die der Abtreibungsspezialist Stapf in den Vordergrund stellt, lassen sich allerdings vor allem medizinische nennen. So warnt etwa die Homepage der Frauenzeitschrift »Brigitte« ihre Leserinnen ausdrücklich: »Mifepriston wirkt nur sicher bis zum 49. Tag nach Beginn der letzten Regel. Danach sinkt die Wirksamkeit mit jedem weiteren Tag drastisch ab.« Und selbst auf der Internetseite von Pro Familia wird darauf hingewiesen, dass eine Abtreibung mit Mifegyne nur in der frühen Schwangerschaft in Frage komme, »da die Wirksamkeit des Mittels mit fortschreitender Dauer der Schwangerschaft abnimmt.« Dass Pro Familia trotz dieser selbst geäußerten Bedenken die Fristverlängerung begrüßt, ist daher kaum nachzuvollziehen.

Während die Zeitschrift »Brigitte« zumindest auf die Gefahr einer seelischen Belastung nach der Abtreibung mittels

Mifegyne hinweist (da die Frau die Abtreibung selbst vornimmt), umschreibt Pro Familia die häufig auftretenden psychischen Folgen euphemistisch. Es könne, heißt es auf der Webseite, zu einer »intensiveren Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch« kommen. Hinweise auf die bisweilen tödlichen Nebenwirkungen finden sich bezeichnenderweise weder auf der Homepage der Frauenzeitschrift noch im Rahmen des Online-Angebotes der »Familienplanungsberatung«.

Angesichts der 13 dokumentierten Todesfälle, den massiven Nebenwirkungen sowie den medizinischen und rechtlichen Bedenken, die selbst von einem Abtreibungsprofiteur wie Stapf zur Sprache gebracht werden, lässt sich die Entscheidung der EU-Kommission, die Zulassung der Abtreibungspille auszudehnen, selbst dann nicht nachvollziehen, wenn man Abtreibungen für tolerabel hielte. Man wird den Verdacht nicht los, dass die Frist zur Einnahme der Abtreibungspille, die jährlich tausenden von Kindern das Leben nimmt, aus ideologischen Gründen ausgeweitet wurde. Dies zeigt einmal mehr, dass es um den Lebensschutz in Europa nicht gut bestellt ist. »Es ist skandalös und ein Fanal für die Zukunft Europas, dass wir uns keine Gedanken darüber machen, wie wir die ungeborenen Kinder im Mutterleib besser schützen, sondern uns mit solchen Themen befassen, mit welchen Mitteln wir in Europa die Methoden der Abtreibung vereinheitlichen können«, kritisierte denn auch die Vorsitzende der Christdemokraten für das Leben (CDL), Mechthild Löhr, in einem Gastkommentar für die katholische Tageszeitung »Die Tagespost«.

IM PORTRAIT

Matthias Lochner

Der Autor, Jahrgang 1984, studiert Deutsch, Geschichte und Katholische



Theologie für das Lehramt an Gymnasien und Gesamtschulen an der Universität zu Köln. Er ist seit 2001 Mitglied der ALfA. Im

Mai diesen Jahres wurde er zum Vorsitzenden der »Jugend für das Leben« (JfdL), der Jugendorganisation der ALfA, gewählt. Als freier Journalist publiziert Matthias Lochner regelmäßig auch in LebensForum.

ICSI auf dem Vormarsch

In Europa werden immer Kinder mittels der moralisch umstrittenen künstlichen Befruchtung gezeugt. Vor allem die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) erfreut sich wachsender Beliebtheit. Auch dann, wenn sie medizinisch gar nicht indiziert ist.

Von Stefan Rehder

Das Dienstleister beklagen, einer von angebotenen Leistungen werde viel zu häufig in Anspruch genommen, hat einen gewissen Seltenheitswert. Doch genau das ist jetzt geschehen. Auf der 24. Jahrestagung der »European Society for Human Reproduction and Embryology« (ESHRE), zu der sich Reproduktionsmediziner aus der ganzen Welt im Juli dieses Jahres in Barcelona einfanden, beklagte der Leiter des ESHRE-Patientenregisters, Nyboe Andersen, einen explosionsartigen Anstieg der so genannten Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Anders als bei der In-Vitro-Fertilisation (IVF), bei der Eizellen im Labor mit Spermien überschüttet werden, spritzen Reproduktionsmediziner bei der ICSI ein einzelnes Spermium mittels einer Injektionsnadel direkt in die weibliche Eizelle. Die Methode, die erstmals 1992 wissenschaftlich beschrieben wurde, war entwickelt worden, um Paaren auch bei einer diagnostizierten Unfruchtbarkeit des Mannes zu einem Kind verhelfen zu können.

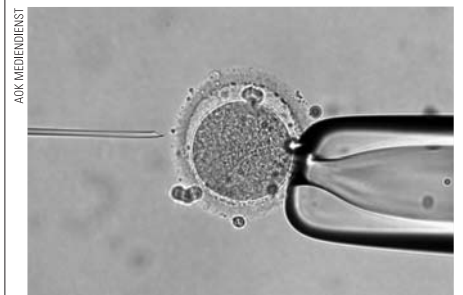
KOMPLIZIERTER UND TEURER

Wie Andersen darlegte, stieg 2005 – dem letzten Jahr, aus dem europaweit Daten vorliegen – die Gesamtzahl der gemeldeten reproduktionsmedizinischen Eingriffe in Europa gegenüber dem Vorjahr um ganze 14 Prozent auf 419.037. Während die Reproduktionsmediziner dabei auf die als Standard-Verfahren geltende IVF »nur« 118.074 Mal zurückgriffen, kam die ICSI-Methode beinahe doppelt so häufig, nämlich genau 203.329 Mal zum Einsatz. Und das obwohl die Zahl der Männer, die an Unfruchtbarkeit litten, gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben sei. Bei mehr als der Hälfte der Paare,

die sich einer künstlichen Befruchtung mit ICSI unterzogen hätten, war laut Andersen zuvor keine Unfruchtbarkeit des Mannes diagnostiziert worden.

DEUTSCHLAND IM MITTELFELD

Wie der Mediziner vom Rigshospitalet in Kopenhagen darlegte, sei die Durchführung von ICSI zwar komplizierter und



Bei ICSI wird ein Spermium in die Eizelle gespritzt.

daher auch teurer als eine Standard-IVF-Behandlung – die Mehrkosten bezifferte Andersen je nach Land auf zwischen zehn und 30 Prozent – jedoch keinesfalls erfolgreicher. Während der Transfer eines mittels IVF erzeugten Embryos in die Gebärmutter der Frau im Jahr 2005 in 30,4 Prozent der Fälle zu einer klinischen Schwangerschaft geführt habe, sei die Erfolgsrate bei ICSI im gleichen Zeitraum mit 30,3 Prozent nahezu identisch geblieben. Besonders hoch sei der Anteil der ICSI-Behandlungen in Südeuropa. In Spanien, Italien und Griechenland läge er zwischen 66 und 81 Prozent. In den nordischen Ländern, den Niederlanden und Großbritannien habe die ICSI-Quote dagegen lediglich 40 bis 44 Prozent betragen. Deutschland, Österreich und Belgien lägen mit einem ICSI-Anteil von 68,5 bis 73 Prozent im Mittelfeld.