

Stellungnahme des Ethikrates

Postkoitale Antikonzeption
(„Pille danach“)



Herausgegeben vom

Trägerübergreifenden Ethikrat im Bistum Trier

Vorsitzender: Prof. Dr. Heribert Niederschlag
Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der
Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar
Pallottistr. 3, D-56179 Vallendar
Telefon: +49 (0)261 6402-603
Telefax: +49 (0)261 6402-300
E-Mail: ethikrat@pthv.de

©2013 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar. Alle Rechte vorbehalten.
Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.
Layout: Dr. Claudia Gerstenmaier

Vorwort	4
1 Entstehung des Votums	6
1.1 Kontext.....	6
1.2 Fragestellung und Zielsetzung.....	7
1.3 Arbeitssitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates.....	8
2 Referenzpunkte ethischer Bewertung	9
2.1 Moralischer Status.....	9
2.1.1 SKIP-Argumente.....	10
2.1.2 Grundpositionen der katholischen Kirche.....	13
2.2 Gewissen und moralische Verantwortung.....	14
2.3 Arzt-Patient-Verhältnis.....	15
2.4 Medizinische Wirkweise ausgewählter Präparate.....	17
2.4.1 Mifepristone.....	17
2.4.2 Ulipristalacetat.....	18
2.4.3 Levonorgestrel.....	19
3 Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrates	20
4 Appendix	27
4.1 Literaturhinweise.....	27
4.2 Kurzinformation Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier.....	29

Vorwort

Die postkoitale Antikonzep­tion ist in ethischer Perspektive umstritten. Das Spektrum möglicher ethischer Argumente reicht vom Anspruch einer Frau auf alleinige Entscheidungsbefugnis im Hinblick auf das Eingehen bzw. die Fortsetzung einer Schwangerschaft und einem daraus hergeleiteten moralischen Recht auf postkoitale Antikonzep­tion bis hin zu einer Bewertung, die bereits möglicherweise entstandenes menschliches Leben unter Schutz stellt und eine postkoitale Antikonzep­tion ablehnt.

Im Zusammenhang mit der postkoitalen Antikonzep­tion begegnen sich in der Praxis sehr unterschiedliche Situationen, die jeweils einer differenzierten und fallbezogenen ethischen Beurteilung bedürfen. Grundsätzlich stellt sich bei der postkoitalen Antikonzep­tion immer die Frage nach dem moralischen Status des Embryos und dem Wert menschlichen Lebens an seinem Beginn. Zudem ist im konkreten Beurteilungsfall besonders zu berücksichtigen, dass es ungewiss ist, ob überhaupt eine Eizelle befruchtet wurde. Ferner stellt sich im Fall eines Geschlechtsverkehrs, der durch Gewalt, Nötigung oder durch in krimineller Absicht herbeigeführte Willenlosigkeit bei einer Frau erzwungen wurde, die Frage, ob in einer solchen Situation dem Wert des menschlichen embryonalen Lebens andere Güter in besonderer Weise konkurrierend entgegenstehen und welche Abwägungen gegebenenfalls ethisch zu rechtfertigen sind. Überdies wird die Frage aufgeworfen, wie in einer Situation ethisch angemessen zu verfahren ist, in der die Entstehung einer Schwangerschaft unter kulturell nicht akzeptierten Verhältnissen eine Gefahr für Leib und Leben der Frau darstellen würde. Des Weiteren ist die Frage zu behandeln, ob und inwieweit eine geistige oder eine die Schwangerschaft erheblich verkomplizierende körperliche Behinderung einer Frau bei einvernehmlich vollzogenem Geschlechtsverkehr für die ethische Bewertung postkoitaler Antikonzep­tion von Bedeutung ist. Schließlich ist der Fall zu bedenken, wenn eine ovulationshemmende Antikonzep­tion aus medizinischen Gründen nicht möglich ist und nach einem erfolgten Geschlechtsverkehr auf eine postkoitale Antikonzep­tion zurückzugreifen wäre.

Für die ethische Bewertung der postkoitalen Antikonzep­tion ist die Wirkweise der zur Verfügung stehenden Präparate von großer Bedeutung. Unterschieden werden muss zwischen einer antiovulatorischen, einer nidationshemmenden und einer abortiven Wirkung verschiedener Präparate, die indes allesamt aufgrund ihrer Einnahme nach einem Geschlechtsverkehr unter den Begriff der „Pille danach“ subsumiert werden.

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Wirkweisen der Präparate kommt die Verantwortung des Arztes gegenüber der Patientin, aber auch gegenüber dem möglicherweise gezeugten Embryo in den Blick. In dieser Entscheidungssituation bedarf der Arzt einer geschulten ethischen Urteilskompetenz sowie gegebenenfalls eines institutionellen Schutzes: Letzteres, um den Arzt vor einer Inanspruchnahme als bloße Vollzugsinstanz eines Konsumwunsches zu bewahren, und Erstes, um ihm das notwendige Instrumentarium an die Hand zu geben, das es ihm erlaubt, im individuellen Fall zu einer reflektierten und vor seinem Gewissen verantwortbaren Entscheidung zu gelangen.

Dieser Anspruch lenkt den Blick dann auch auf die Träger katholischer Krankenhäuser, die regelmäßig entsprechende ethische Schulungen und Fortbildungsveranstaltungen anbieten müssen und nicht zuletzt auch aus ethischen Gründen in der Pflicht stehen, eine differenzierte psychosoziale und seelsorgerische Betreuung für betroffene Frauen sicherzustellen. Der Trägerübergreifende Ethikrat¹ im Bistum Trier möchte mit der Stellungnahme eine Argumentationshilfe für betroffene Frauen und Ärzte anbieten. Dabei sieht der Ethikrat die Träger katholischer Einrichtungen in der Pflicht, ethisch und religiös begründete Forderungen zu formulieren und ihre Beachtung nachdrücklich anzumahnen. Indes erkennt der Ethikrat die Vertrauensbeziehung im Arzt-Patient-Verhältnis, die im vorliegenden Beurteilungsfall den Embryo einschließt, als den geschützten Raum an, innerhalb dessen eine Gewissensentscheidung getroffen und verantwortet werden muss.

¹ Die vorliegende Stellungnahme wird von der überwiegenden Mehrheit der Mitglieder des Trägerübergreifenden Ethikrates unterstützt. Eine dezidierte Gegenposition wird von Prof. Dr. Johannes Reiter (em. Professor für Moralthologie, Mainz) vertreten.

1 ENTSTEHUNG DES VOTUMS

1.1 Kontext

Neben den „klassischen“ Verhütungsmethoden wie z. B. Kondomen oder antiovarischen Antikonzeptiva wurden in den vergangenen drei Jahrzehnten zunehmend postkoitale Antikonzeptiva (sog. „Pille danach“) entwickelt. Diese Wirkstoffe wurden zunächst als „Notfall“-Präparate bei nicht oder nicht ausreichend durchgeführter medikamentöser oder nichtmedikamentöser Antikonception eingesetzt. Der stetige Anstieg der Inanspruchnahme dieser Präparate in den letzten Jahren lässt vermuten, dass sie zunehmend regulär zur Antikonception eingenommen werden bzw. ihre Verfügbarkeit zu einem unbedarften Umgang mit anderen antikonceptiven Maßnahmen führt.²

Die katholische Morallehre fordert einen unbedingten Lebensschutz für das ungeborene Leben einschließlich des menschlichen Embryos im frühesten Stadium seiner Existenz. Unter den Wirkstoffen, die umgangssprachlich als „Pille danach“ bezeichnet werden, finden sich solche, die die Einnistung eines frühen Embryos in die Gebärmutter Schleimhaut verhindern und daher zu einem Absterben des Embryos führen. Die Verordnung oder Abgabe solcher Präparate in Krankenhäusern in katholischer Trägerschaft stellt ein gravierendes Problem dar (Dignitas personae 23).

Die in Deutschland zugelassenen Wirkstoffe der „Pille danach“ unterliegen dem Arzneimittelrecht und müssen daher hierzulande von einem Arzt patientengebunden rezeptiert werden. Da die postkoitalen Antikonzeptiva nur in einem begrenzten Zeitraum nach dem Geschlechtsverkehr wirksam sind und ihre Wirkung zudem mit zunehmendem zeitlichen Abstand zwischen Geschlechtsverkehr und Einnahme des Antikonzeptivums abnimmt, sehen sich die Krankenhäuser insbesondere an Wochenenden und Feiertagen mit Anfragen nach Rezepten für postkoitale Antikonzeptiva konfrontiert. In Deutschland finden sich, nicht nur in ländlichen Gebieten, in erreichbarer Entfernung nicht selten ausschließlich Krankenhäuser in katholischer Trägerschaft, sodass die alternative Wahl von Krankenhäusern in anderer Trägerschaft für den Erhalt der „Pille danach“ oftmals keine realisierbare Möglichkeit darstellt. Aber auch in Städten mit alternativen Möglichkeiten wird in katholischen Krankenhäusern regelmäßig nach der „Pille danach“ gefragt.

² Pressemeldung: Frauen greifen häufiger zur „Pille danach“ vom 31. August 2012 im Deutschen Ärzteblatt. (www.aerzteblatt.de) [Zugriff am 04.12.2012].

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund wurde von der damaligen Marienhaus GmbH⁴ die Frage an den Trägerübergreifenden Ethikrat im Bistum Trier herangetragen, ob und unter welchen Umständen und Bedingungen eine postkoitale Antikonzepktion mit Hilfe der „Pille danach“ in den Krankenhäusern des Trägers zu rechtfertigen ist. Folgende Fragen wurden dem Trägerübergreifenden Ethikrat zur Untersuchung und Beurteilung vorgelegt:

- Ist die Verwendung von Präparaten zur postkoitalen Antikonzepktion in Einrichtungen konfessioneller Träger grundsätzlich möglich?
- Wie sind die Wirkweisen der verfügbaren Präparate jeweils ethisch zu bewerten?
- Wie kann die Not der Frauen berücksichtigt und gleichzeitig die Verpflichtung zum Lebensschutz gewahrt werden?

Der Trägerübergreifende Ethikrat hat sich der Beantwortung dieser Fragen angenommen, indem er zunächst den moralischen Status des menschlichen Embryos begründet (2.1). Anschließend werden der Status des Gewissens in der moralischen Entscheidung (2.2) und die Bedeutung des Arzt-Patient-Verhältnisses skizziert (2.3). Schließlich werden die auf dem Markt verfügbaren Wirkstoffe für die postkoitale Antikonzepktion hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Wirkweisen dargestellt, soweit es für die ethische Bewertung von Relevanz ist (2.4). Das abschließende Votum (3.) orientiert sich an der Frage, ob bzw. inwieweit in bestimmten situativen Kontexten konkurrierende Güter mit jeweils fundamentaler moralischer Bedeutung gegeneinander abzuwägen sind und anhand welcher Kriterien und Argumente zu entscheiden ist.

⁴ Heute überführt in die Marienhaus Stiftung.

1.3 Arbeitssitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates

Der Trägerübergreifende Ethikrat hat sich in drei Arbeitssitzungen am 05.02.2010, am 18.06.2010 und am 04.07.2010 mit dem Thema der Anwendung der „Pille danach“ befasst. Begleitend wurde eine Erhebung bei Chefarzten gynäkologischer Abteilungen in Krankenhäusern der Marienhaus GmbH zum Umgang mit der „Pille danach“ durchgeführt. Zudem fand am 01.10.2010 eine Tagung der Fachgruppe Gynäkologie der Marienhaus GmbH statt, deren Ergebnisse in den Sitzungen des Trägerübergreifenden Ethikrates berücksichtigt wurden.

Überdies führte der anfragende Krankenhausträger in Verbindung mit dem Trägerübergreifenden Ethikrat am 16.01.2013 eine Diskussionsveranstaltung für Ärzte, Pflegekräfte, Ethiker und Mitglieder von Ethikkomitees zum Umgang mit der postkoitalen Antikonzepktion durch, deren Ergebnisse insbesondere in Bezugnahme auf die Wirkweise der verschiedenen Präparate zur postkoitalen Antikonzepktion in die vorliegende Stellungnahme eingeflossen sind.

2 REFERENZPUNKTE ETHISCHER BEWERTUNG

2.1 *Moralischer Status*

Die Achtung und der Schutz einer besonderen Würde des Menschen lassen sich auf religiöse sowie auf säkulare ethische Begründungsansätze zurückführen. Für das christliche Menschenbild gründet die Würde des Menschen in der Ebenbildlichkeit Gottes, im Auftrag der Statthalterschaft Gottes auf Erden (Gen 1,26f.) und in der Botschaft Jesu, dass wir „Kinder Gottes“ sind, also zur Familie Gottes gehören. Ein weithin akzeptierter säkularer Begründungstyp verbindet die Würde des Menschen mit seiner Vernunftbegabung, Freiheit und Autonomie. In den zuvor genannten Ansätzen wird der Mensch als ein Wesen aufgefasst, das potenziell frei entscheidet und für sein Handeln verantwortlich ist. Ein in diesem Sinne vernunftbegabtes und moralfähiges Wesen wird als Person bezeichnet und darf als solche nicht ausschließlich als Mittel zum Zweck missbraucht und auf diese Weise instrumentalisiert werden. Als Träger der Würde steht die Person daher unter einem besonderen Schutz, der insbesondere die Unversehrtheit von Leib und Leben als Voraussetzung für die Realisierung von Würde beinhaltet.

Kontroverse Auffassungen bestehen hinsichtlich der Frage, ob auch der ungeborene Mensch, der aktuell noch nicht zum Gebrauch der Vernunft fähig ist, unter den dem geborenen Menschen zukommenden Würdeschutz und Lebensschutz fällt. Die Position der katholischen Kirche ist in dieser Frage eindeutig: Bereits die befruchtete Eizelle ist ein menschliches Individuum, das zu schützen ist. In der säkularen Ethik wurden ebenfalls Argumente entwickelt, mit denen der Schutz der Würde und der Integrität des menschlichen Embryos begründet wird. Eine prominente philosophische Argumentationsweise stützt sich auf die vier Argumente der Spezieszugehörigkeit, der Kontinuität der embryonalen Entwicklung, der Identität und der Potentialität (sogenannte SKIP-Argumente).

2.1.1 SKIP-Argumente

Speziesargument

Das Argument der Spezieszugehörigkeit besagt, dass das leibliche menschliche Lebewesen und das moralfähige Subjekt ihrer Natur nach identisch sind. Daher kann die Würdezuschreibung nur von der Eigenschaft abhängig gemacht werden, Mensch im Sinne eines zum Subjektsein befähigten Lebewesens zu sein. Wenn daher dem Menschen auf Grund seines bloßen Daseins Würde zukommt, folgt daraus, dass bei jedem Menschen, der zur Spezies Mensch gehört, der Lebensschutz anzuerkennen ist.

Kontinuitätsargument

Das Kontinuitätsargument macht geltend, dass jeder Versuch der Willkür unterliegt, in der kontinuierlichen Entwicklung eines menschlichen Embryos zum geborenen Menschen moralisch relevante Zäsuren zu setzen. Die befruchtete Eizelle entwickelt sich kontinuierlich als Mensch und nicht erst zum Menschen.

Identitätsargument

Das Identitätsargument macht geltend, dass das Lebewesen zu allen Zeitpunkten seiner Entwicklung mit dem Lebewesen des früheren Zeitpunkts identisch ist und dass durch diese Entwicklung zu keinem Zeitpunkt ein qualitativ anderes menschliches Lebewesen mit veränderten moralischen Ansprüchen entsteht.

Potentialitätsargument

Schließlich bezieht sich das Potentialitätsargument auf das Vermögen eines menschlichen Embryos, sich aus sich heraus zu einem Subjekt zu entwickeln. Sofern demnach Moralfähigkeit das Kriterium für die Würde des Menschen darstellt und der Embryo die Potentialität besitzt, sich zu einem moralfähigen Subjekt zu entwickeln, fällt auch der Embryo unter den Würdeschutz des Subjekts.

Gegen einen Würdeschutz des menschlichen Embryos von Beginn seiner Existenz an werden zahlreiche Einwände vorgebracht. Sie beziehen sich z. B. auf eine noch nicht erkennbare Gestaltbildung beim frühen Embryo sowie auf die noch nicht vollzogene Nidation in die Gebärmutter Schleimhaut, die von einigen Autoren als entscheidende Zäsur für die weitere Entwicklung des Embryos angesehen wird, sowie auf die Tatsache, dass natürlicherweise bis zu 70 Prozent der menschlichen Embryonen durch Spontanabort nicht zur Nidation gelangen und infolgedessen sterben. Ferner werden etwa das Fehlen eines Gehirns als organisches Korrelat für Subjektivität, fehlendes Schmerzempfinden, fehlendes Selbstbewusstsein bzw. ein fehlendes Überlebensinteresse beim Embryo als relevante Kriterien für den moralischen Status angesehen.

Alle diese Einwände wurden ihrerseits in spezifischer Weise kritisiert. Im vorliegenden Beurteilungsfall der postkoitalen Antikonzeption soll nachfolgend das Argument, das der Nidation des Embryos eine moralisch relevante Bedeutung beimisst, kurz diskutiert werden.

Das Argument tritt in den zwei Varianten eines physiologisch begründeten Statuskriteriums und eines statistisch begründeten Kriteriums auf. Als physiologisch begründetes Statuskriterium hebt das Argument darauf ab, dass erst mit dem Eingehen der symbiotischen Beziehung mit der Uterusschleimhaut die weitere physiologische Entwicklung des Embryos sichergestellt ist und die Nidation daher eine notwendige Bedingung für die Entfaltung der Potentialität des Embryos darstellt. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Nidation sich von anderen notwendigen Entwicklungsvorgängen in der Embryogenese nur dann qualitativ unterscheiden würde, wenn durch den Kontakt mit der Uterusschleimhaut dem Embryo biologische Signale vermittelt würden, ohne die er sich aus sich selbst heraus nicht weiter entwickeln könnte und die somit den Embryo in einem substanziellen Sinne verändern würden. Würden also etwa dem in diesem Stadium noch als ballförmige Struktur vorliegenden Embryo erst durch die Uterusschleimhaut Signale oder Faktoren für die Gestaltbildung vermittelt, müsste angenommen werden, dass der Embryo nicht von Beginn an das Potential besitzt, sich aus sich heraus zu entwickeln. Nach allen gegenwärtig vorliegenden naturwissenschaftlichen Erkenntnissen stellt die Uterusschleimhaut jedoch ausschließlich die Nährstoffe für die Entfaltung des Embryos zur Verfügung.

Die Notwendigkeit einer Ernährung des Embryos kann schwerlich als statusrelevant angesehen werden, da diese Notwendigkeit auch für den geborenen Menschen zutrifft.

In der zweiten Bedeutung eines statistisch begründeten Arguments wird geltend gemacht, dass eine große Anzahl menschlicher Embryonen die Implantation verfehlen und daher gefolgert werden darf, dass erst nach vollzogener Einnistung in die Uterusschleimhaut die Entwicklung eines Embryos stabil verläuft, sodass ein Schutzanspruch begründet ist. Gegen ein solches Argument ist einzuwenden, dass es keine plausible Erklärung dafür liefert, dass der Embryo vor der Nidation nicht geschützt werden sollte. Eine ebenso plausible Folgerung ist es, den pränidativen Embryonen den Schutzstatus zuzusprechen, um dadurch die schließlich zur Implantation kommenden Embryonen zu schützen. Ein gestufter Würdeschutz ist mithin auf Basis der diskutierten Einreden nicht mit einer verallgemeinerbaren Verbindlichkeit zu begründen.

Auch wenn Einwände gegenüber den SKIP-Argumenten und einem hierauf gründenden Würdeschutz beim Embryo von seinem Beginn an bestehen, wird die Plausibilität der SKIP-Argumente bisher durch kein Gegenargument grundlegend widerlegt.

2.1.2 Grundpositionen der katholischen Kirche

Der Beginn menschlichen Lebens wird mit Recht im Zeitpunkt der Vereinigung von Ei- und Samenzelle erkannt. Mit der Ausbildung der Zygote entsteht ein neues menschliches Individuum. „Der Körper des Menschen kann von den ersten Stadien des Daseins an nie auf die Summe seiner Zellen reduziert werden. Der embryonale Mensch entwickelt sich Schritt für Schritt nach einem genau festgelegten Programm und mit eigenem Ziel, das mit der Geburt jeden Kindes offenbar wird“ (Dignitas personae 4). Von diesem Augenblick an ist dem Embryo die sittliche Achtung der Person geschuldet. Dem Menschen kommt demnach vom Beginn an der Schutz einer Person zu.

Die Position der katholischen Kirche verfolgt daher einen Begründungsansatz, der das menschliche Leben von Beginn an unter den Würdeschutz stellt. „Das menschliche Leben befindet sich in einer Situation großer Gefährdung, wenn es in die Welt eintritt“ (Evangelium vitae 44). „In dem Augenblick, wo das Ei befruchtet wird, [beginnt] ein Leben, das nicht das des Vaters oder der Mutter [ist], sondern eines neuen menschlichen Geschöpfes.“ Daraus erwächst die Forderung der katholischen Kirche: „Ein menschliches Geschöpf ist von seiner Empfängnis an als Person zu achten und zu behandeln“ (Evangelium vitae 60).

Abtreibung, als eine „beabsichtigte und direkte Tötung eines menschlichen Geschöpfes in dem zwischen Empfängnis und Geburt liegenden Anfangsstadium seiner Existenz“ (Evangelium vitae 58), ist eine nicht zu rechtfertigende Handlung. Gerade vor dem Hintergrund des fundamentalen Wertes des menschlichen Lebens und des hieraus entspringenden Lebensschutzes ist eine verbindliche normative Orientierung notwendig. Gleichwohl begegnen sich mit einer ungewollten oder einer gegen den Willen der Frau erzwungenen Schwangerschaft höchst komplexe ethische Problemkonstellationen, in denen fundamentale Güter in Konflikt stehen können. So können Freiheit und Autonomie rechtfertigen, dass sich eine Frau, die vergewaltigt wurde, gegen eine potenzielle Empfängnis „verteidigt“.⁵

⁵ United States Conference of Catholic Bishops, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services, Fifth Edition 2009, Nr. 36: “A female who has been raped should be able to defend herself against a potential conception from the sexual assault. If, after appropriate testing, there is no evidence that conception has occurred already, she may be treated with medications that would prevent ovulation, sperm capacitation or fertilization.”

2.2 Gewissen und moralische Verantwortung

„Der Mensch hat ein Gesetz, das von Gott seinem Herzen eingeschrieben ist, dem zu gehorchen eben seine Würde ist und gemäß dem er gerichtet werden wird. Das Gewissen ist die verborgenste Mitte und das Heiligtum im Menschen, wo er allein ist mit Gott, dessen Stimme in diesem seinem Innersten zu hören ist. Im Gewissen erkennt man in wunderbarer Weise jenes Gesetz, das in der Liebe zu Gott und dem Nächsten seine Erfüllung hat“ (Gaudium et spes 16).

Im Gewissen konkretisiert sich personale Würde als „Ineinander von transzendenter Begegnungserfahrung, naturgemäßer Orientierung und selbstreflexiver Verantwortlichkeit des Menschen.“⁶ Im Gewissen ist der Mensch ganz bei sich und vermag sich selbst Rechenschaft und Auskunft über Motive und Ziele seines Handelns zu geben. Zugleich ist das Gewissen nicht nur Ort der Begegnung mit dem eigenen Selbst, sondern Ort der Begegnung mit Gott. Hier vermag der Mensch den Anruf Gottes zu erkennen und den situativen sowie den sittlichen Anspruch vernünftig und verantwortlich zu erschließen.

Weil das Gewissen für den Menschen die letzte Instanz der persönlichen Entscheidung ist, nicht aber letzter Maßstab des sittlich Richtigen und Guten, trägt der Mensch für einen fortwährenden Bildungs- und Sensibilisierungsprozess des eigenen Gewissens Verantwortung. Das Gewissen richtet sich immer auf das Tun des Guten und ist die letzte Instanz der persönlichen Entscheidung. Dennoch ist dem Gewissen wesensmäßig eigen, dass es selbst im Falle eines irrenden Gewissens unbedingt verpflichtet. Einem klaren Gewissensurteil muss jeder folgen, auch wenn es irrig ist – gegen seine Überzeugung darf niemand handeln (Röm 14,23).

So besitzt das Gewissen jene kritisch-integrative Kompetenz, mit der sich die Würde des Menschen inmitten aller Kontingenz realisiert und von der Joseph Ratzinger in Bezugnahme auf John Henry Newman anführt, das Gewissen sei „die innere Ergänzung und Begrenzung des Prinzips Kirche“.⁷ Damit kommt dem Gewissen als Quintessenz kirchlicher Lehrmeinung die Aufgabe zu, „die letzte maßgebliche Norm der persönlichen Sittlichkeit“⁸ zu sein.

⁶ Römelt, Josef, Vom Sinn moralischer Verantwortung. Zu den Grundlagen christlicher Ethik in komplexer Gesellschaft (Handbuch der Moraltheologie, Bd. 1), Regensburg 1996, 83.

⁷ Ratzinger, Joseph, Kommentar zu GS 11-22, in: LThK² Das Zweite Vatikanische Konzil, Bd. III, Freiburg – Basel – Wien, 1968, 313-354, hier: 328.

⁸ Johannes Paul II., Enzyklika Veritatis splendor, Rom 1993, 60.

2.3 Arzt-Patient-Verhältnis

Die Legitimation für ärztliches Handeln gründet im Arzt-Patient-Verhältnis als dem spezifischen, durch die Schweigepflicht des Arztes geschützten Verantwortungs- und Pflichtenverhältnis, das zwischen einem Arzt und einem Patienten besteht. Zentrale Voraussetzung für ein Arzt-Patient-Verhältnis und die Rechtfertigung ärztlichen Handelns sind (1) das Vorliegen einer medizinischen Indikation, die durch (a) die medizinische Notwendigkeit der Handlung und (b) ihren uneingeschränkten Individualnutzen für den Patienten charakterisiert ist, sowie (2) die Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters in die ärztliche Handlung nach vorheriger umfassender Aufklärung über die Ziele der Handlung, die durchgeführten Maßnahmen und die damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen (informed consent). Beide Voraussetzungen für ärztliches Handeln korrespondieren zu den weithin anerkannten, sogenannten „mittleren“ ethischen Prinzipien der Fürsorge für den Patienten (beneficence) und der Selbstbestimmung des Patienten (autonomy). Ein drittes Prinzip, das der Arzt beachten muss, ist das Prinzip des Nichtschädigens (non-maleficence), das auf die Vertretbarkeit der mit dem Eingriff verbundenen Risiken und Nebenwirkungen abstellt.⁹ Alle drei Prinzipien lassen sich auf das Prinzip der Würde des Menschen zurückführen. Das Prinzip der Selbstbestimmung beruht auf der Sicht des Menschen als eines frei handelnden Subjekts, dem aufgrund dieser Fähigkeit Würde zukommt, die es zu achten und zu schützen gilt. Das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip des Nichtschädigens nehmen nicht zuletzt das leibliche Leben des Subjekts in den Blick, das unter Würdeschutz steht.

Das Prinzip der Selbstbestimmung ist beim einwilligungsfähigen Patienten vom Arzt zu achten. Dies bedeutet, dass der Arzt gegen den Willen oder ohne die ausdrückliche Einwilligung eines Patienten an diesem keine Handlungen vornehmen darf. Umgekehrt bedeutet dies allerdings nicht, dass der Arzt allen Wünschen des Patienten nachzukommen hat. Neben einer fehlenden medizinischen Indikation ist eine Verweigerung seitens des Arztes etwa auch dann legitim, wenn er die geforderte Handlung nicht vor seinem Gewissen verantworten kann.

⁹ Vgl. Beauchamp, Tom. L.; Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press 52001.

Im Zusammenhang mit der postkoitalen Antikonception ist in das Arzt-Patient-Verhältnis auch der möglicherweise gezeugte Embryo einbezogen. Für den Arzt ergibt sich daher im Fall, in dem die Frau eine Antikonception fordert, ein Konflikt zwischen der Selbstbestimmung der Frau und dem Lebensschutz des möglicherweise gezeugten Embryos. Als Ratgeber ist es im Arzt-Patient-Verhältnis die Aufgabe des Arztes, die verschiedenen Handlungsoptionen zu erklären und ihre ethischen Implikationen darzulegen. Dabei wird das Leitmotiv für seine Empfehlung ein situationsabhängiger größtmöglicher Ausgleich der konfligierenden Interessen sein. Handlungsweisen, die für den Arzt ethisch nicht vertretbar sind, muss er nicht durchführen.

2.4 Medizinische Wirkweise ausgewählter Präparate

Die „Pille danach“, eine umgangssprachliche Bezeichnung für Präparate zur postkoitalen Empfängnisverhütung, umfasst eine Gruppe von unterschiedlichen Wirksubstanzen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen. Die Pharmaka werden nach einem Geschlechtsverkehr eingenommen und greifen in je charakteristischer Weise in den Hormonhaushalt der Frau ein mit dem Ziel, eine Schwangerschaft zu verhindern. Die Substanzen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Wirkweise, ihrer Wirkdauer und dem Zeitfenster ihrer wirksamen Anwendung. Die Wirksamkeit der Präparate nimmt mit wachsendem zeitlichen Abstand zwischen ihrer Einnahme und dem vorausgegangenen Geschlechtsverkehr ab. Eine regelmäßige Einnahme der Medikamente zur Empfängnisverhütung ist medizinisch kontraindiziert.

2.4.1 Mifepristone

Mifepristone ist ein Progesteron-Rezeptor-Antagonist und bewirkt die Ablösung der Gebärmutterschleimhaut. Der Wirkstoff wurde primär zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch (Abtreibungspille RU 486) entwickelt, kann aufgrund seines Wirkmechanismus im Prinzip aber auch zur postkoitalen Antikonzeption verwendet werden. Bei bereits bestehender Schwangerschaft führt die Einnahme von Mifepristone innerhalb von 48 Stunden zum Öffnen des Muttermundes und zum Ablösen der Gebärmutterschleimhaut. Für den Schwangerschaftsabbruch wird das Präparat oftmals in Kombination mit einem Prostaglandin-Präparat eingesetzt, welches zur Kontraktion der Gebärmutter führt und einen künstlichen Abort auslöst.

Als postkoitales Antikonzeptivum ist der Wirkstoff in Deutschland nicht zugelassen.

2.4.2 Ulipristalacetat

Ulipristalacetat moduliert über die Hypothalamus-Hypophyse-Gonadenachse die Aktivität der Progesteron-Rezeptoren und verhindert bzw. verzögert durch negative Rückkopplung auf die LH-Produktion den Eisprung. Eine Verhinderung einer Schwangerschaft ist bis zu 120 Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr möglich. Die Wirkweise des Präparates wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Einige Autoren sehen die Wirkung von Ulipristalacetat analog zu Levonorgestrel in der Hemmung der Follikelreifung und der Verschiebung der Ovulation.¹⁰ Andere sehen Parallelen zu Mifepristone und schließen eine nidationshemmende Wirkung von Ulipristalacetat nicht aus.¹¹ Überdies wird diskutiert, dass beide zuvor skizzierte Wirkmechanismen jeweils in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Einnahme nach einem Geschlechtsverkehr in Erscheinung treten.¹²

Ulipristalacetat wurde im Jahr 2009 in Deutschland als postkoitales Antikonzeptivum zugelassen.

¹⁰ „Die Wirkung der beiden hormonellen Methoden der Notfallkontrazeption mit Ulipristalacetat und Levonorgestrel besteht in der Hemmung der Follikelreifung und somit einer Verzögerung der Ovulation durch Unterdrückung des LH-Peaks.“, in: Notfallkontrazeption – ein Update. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e. V. und des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) e.V. (04.02.2013), 2.

¹¹ “The mechanism of action of mifepristone has been extensively studied and the striking similarity with ulipristal suggests a similar mechanism of action for both [...] levonorgestrel has no effect on implantation whereas mifepristone can prevent it, which might also apply to ulipristal.” The Lancet Vol 375 February 13, 2010, 527f. DOI:10.1016/ S0140-6736(10)60146-8

¹² <http://www.imabe.org/index.php?id=1863>

2.4.3 Levonorgestrel

Levonorgestrel ist ein synthetisches Gestagen mit agonistischer Wirkung auf den Progesteron-Rezeptor. Über eine negative Rückkopplung wird die LH-Produktion verringert und die Ovulation verschoben. Levonorgestrel entfaltet seine antikonzeptive Wirkung besonders in den ersten 24 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr, kann jedoch bis etwa 72 Stunden wirksam eingesetzt werden.

Levonorgestrel ist seit mehr als 30 Jahren im klinischen Einsatz.¹³

Inwieweit die antikonzeptionelle Wirkung ausschließlich auf einer Ovulationshemmung beruht, wird diskutiert.

¹³ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) (April 4, 2011). "Mechanism of action: How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy?" London: International Federation of Gynecology and obstetrics.

3 Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrates

*Zum Umgang mit postkoitaler Antikonzipation
in medizinischen Einrichtungen in katholischer Trägerschaft
– Stellungnahme des Trägerübergreifenden Ethikrates im Bistum Trier –*

A. Allgemeine Stellungnahme

1. Das Leben jedes Menschen stellt in christlicher religiöser sowie in säkularer moralischer und rechtlicher Sichtweise ein fundamentales Gut dar, das als solches ohne weitere Bedingungen zu achten und zu schützen ist. Das Leben jedes Menschen beginnt mit der Befruchtung einer Eizelle und dem hierdurch entstandenen Embryo. Das Lebensrecht, das dem geborenen Menschen zukommt, kann plausibel auch für den Embryo mit Beginn seiner Existenz begründet werden. Selbst wenn zu konstatieren wäre, dass hinsichtlich des moralischen Status des menschlichen Embryos Unsicherheiten bestehen, ist angesichts des Fundamentalwertes des Lebens jedes Menschen eine tutoristische Argumentations- und Handlungsweise geboten. Einen absoluten Schutz des menschlichen Lebens kann es indes nicht geben, da sich menschliches Leben immer in natürlichen Kontingenzen vollzieht und ein absolutes Schutzgebot daher nicht erfüllbar ist.

Vor dem Hintergrund des Schutzes des Lebens jedes menschlichen Individuums kann das Argument nicht überzeugen, dass eine postkoitale Antikonzipation wegen der Ungewissheit, ob durch den Geschlechtsakt überhaupt ein menschlicher Embryo entstanden ist, ethisch unproblematisch ist. Denn die Nachfrage nach einer postkoitalen Antikonzipation ist durch die Antizipation eines entstandenen Embryos motiviert, die demzufolge den Entscheidungs- und Handlungsrahmen charakterisiert und daher dann auch die Beachtung des Lebensschutzes dieses Embryos fordert. Auch das Argument, dass eine große Anzahl der befruchteten Eizellen beim Menschen aus sich heraus nicht zur Nidation gelangen, ist nicht durchschlagend, da das Leben jedes existierenden Embryos unabhängig von seinem Vermögen zur Nidation und seiner weiteren Entwicklung das zu schützende Gut darstellt.

Nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrates ist der Lebensschutz des menschlichen Embryos daher auch bei der postkoitalen Antikonzipation zu beachten.

2. Auf der Grundlage des Lebensschutzes des menschlichen Embryos ist es in ethischer Perspektive unterschiedlich zu bewerten, ob im Rahmen einer postkoitalen Antikonzepation eine antiovulatorische Antikonzepation oder eine antinidative/ abortive Antikonzepation durchgeführt wird. Im ersteren Fall wird die Entstehung eines Embryos verhindert, im letzteren Fall ein existierender Embryo an der Weiterentwicklung gehindert, sodass er abstirbt. Während letzterer Fall allenfalls unter Ausnahmesituationen in Betracht zu ziehen ist, in denen fundamentale Güter in unausweichlichem Konflikt stehen, impliziert die erstere Möglichkeit nicht die Verletzung des Lebensschutzes eines menschlichen Embryos und kann daher – jedenfalls unter dem Aspekt des Lebensschutzes – im Prinzip rechtfertigt werden. Insofern sich unter den verschiedenen Präparaten, die unter dem Sammelbegriff der „Pille danach“ zusammengefasst werden, Substanzen finden, deren Wirkprinzip nach derzeit vorliegenden medizinischen und naturwissenschaftlichen Daten antiovulatorisch ausgerichtet ist, kann eine postkoitale Antikonzepation – vorbehaltlich möglicher neuer Erkenntnisse über die Wirkmechanismen – nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrats im Prinzip rechtfertigt werden.
3. Im Zusammenhang mit der postkoitalen Antikonzepation betont der Trägerübergreifende Ethikrat die Selbstbestimmung des Menschen als ein weiteres fundamentales Schutzgut. Diese setzt Informiertheit voraus und ist immer mit persönlicher Verantwortung für das eigene Handeln verbunden. Mit dem Wissen, dass der Geschlechtsakt zur Entstehung eines menschlichen Embryos führen kann, ist daher untrennbar die Verantwortung für das möglicherweise entstehende menschliche Leben verbunden. Vor dem Hintergrund des Fundamentalwerts menschlichen Lebens und der Verantwortung für ein mögliches individuelles menschliches Leben kann die postkoitale Antikonzepation keine einforderebare belanglose Routinemedikation darstellen, sondern bedarf einer individuellen Rechtfertigung.

4. Nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrates hat der Träger von Krankenhäusern die Pflicht, seine Ärzte vor einer Inanspruchnahme als bloße Vollzugsgehilfen für Konsumwünsche, ferner vor Denunziationen sowie vor Handlungen, die der Arzt mit seinem Gewissen nicht vereinbaren kann, zu schützen. Gleichzeitig ist der Träger verpflichtet, seinen Ärzten und den Angehörigen der nichtärztlichen Berufsgruppen seine religiösen und weltanschaulichen Prinzipien und die hieraus resultierenden praktischen Forderungen darzulegen und zu begründen und ihre Beachtung anzumahnen. Unabhängig von der Pflicht der persönlichen Weiterbildung des Arztes in ethischen Fragen kommt dem Träger von Krankenhäusern im Zusammenhang mit der postkoitalen Antikonzeption die Aufgabe zu, seinen Ärzten und Pflegekräften thematisch einschlägige Fortbildungen anzubieten, in denen die medizinischen, ethischen und rechtlichen Zusammenhänge vermittelt, die ethische Argumentation der Ärzte und Pflegekräfte geschult und ihre ethische Urteilskompetenz entwickelt werden. Ferner müssen bei solchen Fortbildungen das spezifische ethische Profil des Trägers und damit verbundene Erwartungen dargelegt und besprochen werden. Überdies muss der Träger sicherstellen, dass die Ärzte im Zusammenhang mit der postkoitalen Antikonzeption in der Gewissheit arbeiten können, im individuellen, ethisch sorgfältig begründeten Fall nicht mit Sanktionen für Handlungsweisen rechnen zu müssen, die nicht mit den generellen Erwartungen des Trägers in Einklang stehen.

Im Hinblick auf die Patienten hält es der Trägerübergreifende Ethikrat für erforderlich, dass die Träger von Krankenhäusern ihre Haltung zur postkoitalen Antikonzeption und die Verordnung der „Pille danach“ auf ihren Internetseiten der Öffentlichkeit mitteilen und begründen. Zusätzlich sollten die zuständigen Ärztekammern hiervon informiert werden.

Die Träger sollten für die Fälle, in denen Frauen gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr gezwungen wurden, ein eingespieltes Netzwerk bestehend aus spezialisierten Ärzten, Seelsorgern, Mitarbeitern des krankenhaus- bzw. trägereigenen Sozialdienstes sowie der Ermittlungsbehörden und Sozialämter aufbauen, das bei Bedarf rasch aktiviert werden kann.

5. Der Trägerübergreifende Ethikrat begreift das Leben als fundamentales Gut und sieht den Schutz des Lebens bereits mit Beginn der Existenz des Embryos im Stadium der befruchteten Eizelle begründet. Nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrates ist letztlich der geschützte Raum des Arzt-Patient-Verhältnisses der Ort, wo das individuelle Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin begründet wird und die ethischen und medizinischen Entscheidungen getroffen werden müssen, die vor dem Gewissen der unmittelbar Beteiligten verantwortbar sind. Den katholischen Krankenhausträgern kommt die Aufgabe zu, einerseits die Beachtung des Lebensschutzes des Embryos anzumahnen, andererseits aber den Schutz des Arzt-Patient-Verhältnisses zu achten und zu sichern.

Der Träger muss durch gezielte Fortbildungsmaßnahmen nach Möglichkeit sicherstellen, dass der Arzt die Begründungsprinzipien des Lebensschutzes des Embryos in die Beratung und die Entscheidungsfindung im Arzt-Patient-Verhältnis hineinträgt.

Neben dieser Verpflichtung sieht der Trägerübergreifende Ethikrat die Notwendigkeit, die Wirkweisen der medikamentösen postkoitalen Antikonzepktion mit besonderer Berücksichtigung der antioovulatorischen Antikonzepktion weiter zu erforschen.

B. Situationsbezogene Stellungnahme

1. Der Trägerübergreifende Ethikrat hält es im Prinzip für vertretbar, einer Patientin im Falle eines ohne ausreichende Antikonception durchgeführten Geschlechtsverkehrs nach einem persönlichen ärztlichen Gespräch und sorgfältiger Prüfung der Indikation ein Präparat zur postkoitalen antioovulatorischen Antikonception zu verordnen, sofern eine antinidative bzw. abortive Wirkung des Präparates und seiner aktuellen Anwendung gemäß dem Wissensstand der Medizin mit großer Wahrscheinlichkeit nicht anzunehmen ist.
2. Im Fall eines Geschlechtsverkehrs, der durch Gewalt, Nötigung oder durch in krimineller Absicht herbeigeführte Willenlosigkeit bei einer Frau erzwungen wurde, ist jedes Krankenhaus und jeder Arzt aus ethischen Gründen und in Erfüllung des staatlichen Versorgungsauftrags verpflichtet, der Patientin umfassende medizinische Hilfe anzubieten. Das Hilfsangebot beinhaltet u. a. eine lege artis durchgeführte fachärztliche körperliche Untersuchung, gegebenenfalls unter Dokumentation und Sicherung von forensisch relevanten Befunden. Der Trägerübergreifende Ethikrat empfiehlt zudem die rasche Aktivierung einer psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung, sofern die Patientin dies wünscht. Der Arzt muss mit der Patientin, gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines Psychologen und eines Seelsorgers, die medizinischen und sozialen Möglichkeiten des Umgangs mit der Situation und die jeweiligen Konsequenzen („Pille danach“, Austragung eines Kindes, Freigabe zur Adoption etc.) und ihre ethischen Implikationen besprechen.

Im Hinblick auf die Frage nach einer Antikonception können im Falle einer erzwungenen Schwangerschaft der Lebensschutz des möglicherweise entstandenen Embryos und die Selbstbestimmung der Frau als konkurrierende fundamentale Güter aufgefasst werden. Zwar trägt die Frau auch nach einer erzwungenen Schwangerschaft Verantwortung für das Leben des Kindes, jedoch reflektiert diese aufgezwungene Verantwortung nicht die mit einer in Freiheit getroffenen selbstbestimmten Entscheidung verbundene persönliche Verantwortung. In der Perspektive einer aufgezwungenen Verantwortung kann sich die Entscheidungssituation auch als eine Abwägung zwischen dem Lebensschutz des Kindes und dem Recht der Frau auf Wahrung der körperlichen und psychischen Integrität darstellen. Letzterer Aspekt käme insbesondere unter der Vorstellung zum Tra-

gen, dass das Kind von der Frau als eine – möglicherweise lebenslange – Perpetuierung der durch die Vergewaltigung erfahrenen gravierenden Verletzung ihrer Selbstbestimmung erfahren würde. Nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrats kann dieses komplexe ethische Dilemma nicht einfach durch eine prinzipientheoretisch begründete Entscheidung allgemeingültig gelöst werden. Vielmehr handelt es sich um eine Situation, die eine auf den individuellen Fall bezogene und subjektive Entscheidung der betroffenen Frau und ferner des ihr helfend zur Seite stehenden Arztes bedarf. Diese Entscheidung kann nur in der geschützten Vertrauensbeziehung zwischen Patientin und Arzt im Arzt-Patient-Verhältnis getroffen werden. Dabei muss in einem sorgfältigen und professionellen situationsbezogenen und ergebnisoffenen Gespräch mit der betroffenen Patientin eruiert werden, welche Handlungsoptionen vor dem Gewissen zu rechtfertigen sind. Für den Krankenhausträger ist es im Zusammenhang mit dieser Entscheidung wichtig, die Möglichkeit einer raschen professionellen psychosozialen und seelsorgerischen Hilfe vorzuhalten und eine über die Zeit der Schwangerschaft hinausreichende soziale Hilfe anzubieten bzw. zu organisieren, wenn sich die Patientin für die Austragung eines Kindes, mit oder ohne Freigabe zur Adoption, entscheidet. Wenn die Patientin sich für eine medikamentöse Antikonzeption entscheidet, ist auch diese Option nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrats zu respektieren.

3. In einer Situation, in der ein Geschlechtsverkehr einvernehmlich vollzogen wurde, jedoch aus kulturellen Gründen die Entwicklung einer Schwangerschaft eine Gefahr für Leib und Leben der Frau darstellt, liegt nach Auffassung des Trägerübergreifenden Ethikrats kein Konflikt konkurrierender moralisch relevanter Güter, sondern in erster Linie ein Konflikt von unterschiedlichen und nicht kompatiblen Moralsystemen vor. Auf der Grundlage des Lebensschutzes ist es selbstverständlich, dass der Androhung eines Kapitalverbrechens weder das Lebensrecht eines möglicherweise gezeugten Embryos noch die Selbstbestimmung der Frau untergeordnet werden kann und die Situation der Bedrohung nicht die Tötung des möglichen Kindes rechtfertigt. Insofern sind in diesem Fall in erster Linie die Strafverfolgungsbehörden zur Gefahrenabwehr und die Sozialbehörden für den Schutz und die soziale Absicherung der betroffenen Frau einzuschalten. Ansonsten gilt, dass eine Antikonzeption, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine antiovu-

latorische Wirkung entfaltet, nach eingehender Beratung der Frau gerechtfertigt erscheint.

4. Im Falle einer Frau, bei der eine geistige oder eine körperliche Behinderung besteht, aufgrund derer eine Schwangerschaft mit einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung der Frau verbunden ist, kann ein fundamentaler ethischer Konflikt entstehen. Sofern eine medizinische Indikation für die Vermeidung einer Schwangerschaft besteht und die Frau – ihren Fähigkeiten gemäß – einwilligt bzw. zustimmt, kann eine postkoitale Antikonzepktion rechtfertigt werden.
5. Wenn eine konventionelle ovulationshemmende Antikonzepktion bei einer Frau aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, kann nach erfolgtem Geschlechtsverkehr auf eine antiovulatorische postkoitale Antikonzepktion zurückgegriffen werden, sofern hierfür keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. In diesem Fall muss gegebenenfalls gemeinsam mit der betroffenen Frau ein individuelles Konzept für die Antikonzepktion erarbeitet werden.

Der Trägerübergreifende Ethikrat verpflichtet sich, die vorliegende Stellungnahme nach drei Jahren zu überprüfen.

4.1 Literaturhinweise

- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Kongregation für die Glaubenslehre: Instruktion *Dignitas personae* über einige Fragen der Bioethik (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls; 183), Bonn 2008.
- Glasier, Anna F.: Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis, in: *The Lancet*, Vol. 375, Issue 9714 (13. Februar 2010), 555-562.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) and International Consortium for Emergency Contraception (ICEC) (April 4, 2011). "Mechanism of action: How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy?" London: International Federation of Gynecology and obstetrics.
- Johannes Paul II., Enzyklika *Evangelium vitae*, Rom 1995.
- Johannes Paul II., Enzyklika *Veritatis splendor*, Rom 1993.
- Notfallkontrazeption – ein Update. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) e.V. (04.02.2013).
- Rabe, Thomas [et.al.], Neuzulassung von Ulipristalacetat zur Notfallkontrazeption, in: *gyne* September 2009, 14-18.
- Rabe, Thomas; Goeckenjan, Maren; Gemzell-Danielsson, Kristina, Notfallkontrazeption, in: *Der Gynäkologe* Jan 2011, Vol 44, 10-16.
- Ratzinger, Joseph, Kommentar zu *Gaudium et spes* 11-22, in: *LThK² Das Zweite Vatikanische Konzil*, Bd. III, Freiburg – Basel – Wien, 1968, 313-354, hier: 328.

Internet:

- http://opencms.erzbistum-koeln.de/modules/news/news_1318.html
(Erklärung des Erzbischofs von Köln zur Pille danach)
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.021>
- www.notfall-verhuetung.info
- <http://www.dggg.de/presse/pressemitteilungen/mitteilung/notfallkontrazeption-gehört-in-aerztliche-hand/>
- http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=mobile&Nachricht_ID=43958
- <http://www.bvf.de/pdf/fachinfo/2012-11-09-Offener-Brief-DGGG-BVF-Pilleda-nach.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>.

4.2 Kurzinformation Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier

Vorstellung

Auf Initiative der vier großen katholischen Trägerorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen im Bistum Trier wurde ein Trägerübergreifender Ethikrat gebildet und bis heute getragen. Die konstituierende Sitzung fand am 26. Februar 2008 im Mutter-Rosa-Zentrum in Trier statt. Der Ethikrat unterstützt mit seinen Voten den Barmherzige Brüder Trier e. V. (BBT), die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), ehemals caritas trägergesellschaft trier e. V., und die Marienhaus Stiftung. Weiterhin ist er offen für Anfragen der Deutschen Ordensobernkonzferenz (DOK) und der von den Orden getragenen Gesellschaften mit Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragestellungen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er greift daneben aber auch eigenständig Themen auf, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können. Mit seinen Voten, die in den einzelnen Trägerorganisationen eigenverantwortlich umgesetzt werden, will er den Verantwortlichen helfen, ethisch verantwortbare Entscheidungen vor Ort zu treffen.

Mitglieder (2011-2014)

Vorsitzender	Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC	Professor für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar; Direktor des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar
Stellvertreter	Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff	Professor für Moraltheologie an der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Mitglieder	Prof. Dr. Johannes Brantl	Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moralthologie
	Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin
	Prof. Dr. Wolfram Höfling	Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht
	Prof. Dr. Johannes Reiter	Prof. em. für Moralthologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
	Jun.-Prof. Dr. Helen Köhlen	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Care-Policy und Ethik in der Pflege
	PD Dr. Stephan Sahm	Chefarzt Medizinische Klinik I, Ketteler Krankenhaus, Offenbach
	Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ	Professor für Moralthologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main
	Dr. Verena Wetzstein	Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg; Wissenschaftliche Redakteurin der Zeitschrift für medizinische Ethik

Ständiges beratendes Mitglied	Domdechant Prälat Franz Josef Gebert	Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e. V.
-------------------------------------	---	--

Koordinator	Dr. Ingo Proft	Ethik-Institut an der Philosophisch- Theologischen Hochschule Vallendar
-------------	-----------------------	---

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV

Geschäftsstelle des Trägerübergreifenden
Ethikrates im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar
E-Mail: ethikrat@pthv.de