

Lebensrealitäten in den Blick nehmen

Mutter-Kind-Gesundheit in Afrika als Herausforderung für die Kirche

Kirchliche Gesundheitseinrichtungen in Afrika leisten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit. Allerdings entspricht die Arbeit nicht immer dem medizinisch Gebotenen – vor allem dort, wo es über die Frage der Familienplanung zu Konflikten mit dem Lehramt kommen könnte. Eine gute Familienplanung trägt aber dazu bei, das Leben von Müttern und Kindern zu retten. Deshalb sollte das Thema in der Kirche breit und mutig diskutiert werden.

Dank globaler Anstrengungen im Rahmen der Millenniums-Entwicklungsziele wurde die Mutter-Kind-Sterblichkeit seit dem Jahr 2000 erheblich gesenkt. Laut Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nahm sie weltweit von 400 Todesfällen bezogen auf 100 000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 210 Fälle im Jahr 2010 ab. Allerdings sterben noch immer jedes Jahr weltweit 287 000 Frauen an Komplikationen während Schwangerschaft oder Geburt.

Täglich sterben also 800 Frauen, die noch leben könnten, würden sie adäquat behandelt. Zusätzlich zu jedem Todesfall einer Mutter erleiden wenigstens 30 weitere Frauen schwere gesundheitliche Schäden während Schwangerschaft und Geburt oder danach. Zu den Ursachen gehören Infektionen, Blutarmut, Nervenschädigungen mit Lähmungen und gravierende Verletzungen der Geburtsorgane zum Teil mit bleibenden Fol-

gen wie Fistelbildungen, Inkontinenz, chronischen Unterleibschmerzen und Unfruchtbarkeit.

Globale Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe

Die weltweite *Kindersterblichkeit* sank ebenfalls zwischen 1990 und 2011: von 87 Kindern bezogen auf 1000 Lebendgeburten pro Jahr zu Beginn der letzten Dekade auf 51 Fälle pro 1000 Geburten im Jahr 2011. Aber auch diese Zahl ist noch viel zu hoch. Vergleicht man sie zum Beispiel mit den Statistiken aus Deutschland, wo 2012 nur vier von 1000 lebend geborenen Kindern starben, werden globale Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten deutlich. 2001 starben weltweit 6,9 Millionen Kinder vor dem Erreichen ihres fünften Le-

bensjahres. Die meisten Todesfälle wären durch einfache Maßnahmen zu verhindern.

Die Sterblichkeit in den verschiedenen Regionen dieser Welt variiert erheblich. Sie ist besonders hoch in den Ländern Afrikas südlich der Sahara. So liegt die Müttersterblichkeit im Tschad bei über 1000 Frauen auf 100 000 Lebendgeburten. Das Risiko für eine Frau, Schwangerschaft oder Geburt nicht zu überleben, ist in Afrika südlich der Sahara im Durchschnitt 270 Mal höher als in Deutschland. Jedes neunte Kind stirbt in Afrika vor Erreichen des fünften Lebensjahrs. Es hat somit ein 16 Mal höheres Risiko als ein Kind, das in einem Industriestaat geboren wird.

Diese Ungerechtigkeit kann nur überwunden werden, wenn die Weltgemeinschaft globale Gesundheit als eine Gemeinschaftsaufgabe ansieht und verpflichtend anstrebt. Trotz der im vergangenen Jahrzehnt erreichten Fortschritte werden die Millenniumsziele 4 und 5, nämlich die Reduzierung der Müttersterblichkeit um drei Viertel und die der Kindersterblichkeit um zwei Drittel, in den meisten Ländern Afrikas nicht erreicht.

Die Gründe für die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit in Afrika sind vielfältig und komplex. Nach Aussagen der Weltgesundheitsorganisation ließen sich die meisten dieser Todesfälle vermeiden. Eine der Voraussetzungen dafür ist ein funktionierendes, allen zugängliches Gesundheitssystem, das alle von den Vereinten Nationen in der Globalen Strategie für Frauen- und Kindergesundheit empfohlenen Leistungen anbietet. Dazu gehören neben Impf- und Ernährungsprogrammen auch der Zugang zu Schwangerenvor- und Nachsorge, professionelle Geburtshilfe, Familienplanung und die qualifizierte Versorgung von Neugeborenen.

Der unverzichtbare Beitrag kirchlicher Einrichtungen

Im Auftrag von katholischen Hilfswerken berät das Missionsärztliche Institut Würzburg (MI) als katholische Fachstelle für Internationale Gesundheit die Ortskirchen in Entwicklungs- und Schwellenländern sowie Orden und kirchliche, zivilgesellschaftliche und staatliche Träger von medizinischen und sozial-karitativen Einrichtungen bei der Verbesserung von Gesundheit im Allgemeinen und der Entwicklung von angepassten, angemessenen, zugänglichen, nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsdiensten im Besonderen.

Im Rahmen dieser Tätigkeit stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MI immer wieder fest, dass kirchliche Gesundheitseinrichtungen ein leicht zugängliches und in der Regel kostengünstiges Angebot von Diensten für Mütter und Kinder zur Verfügung stellen. Dazu gehören Vorsorgeuntersuchungen durch qualifiziertes Personal ebenso wie ein qua-

litativ überdurchschnittliches Angebot von medizinischen Maßnahmen wie Impfungen, Risikoscreening, Geburtsbegleitung.

Wegen der oft freundlichen Aufnahme und der spürbar hohen Qualität im Vergleich zu staatlichen Einrichtungen werden kirchliche Einrichtungen überdurchschnittlich genutzt.

Dr. med. Marlies Reulecke (geb. 1961) ist Fachärztin für Chirurgie und Master of Science in Internationaler Gesundheit; neunjähriger Aufenthalt im Niger als Ärztin und Leiterin eines Missionskrankenhauses. Seit 2007 ist sie Referentin im Missionsärztlichen Institut Würzburg.

Sie leisten einen unverzichtbaren und enorm wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit. So findet in Ländern wie Uganda, Tansania und der Demokratischen Republik Kongo die Hälfte der Versorgung von Müttern und Kindern in kirchlichen Einrichtungen statt. Unzählige

Ordensgemeinschaften engagieren sich in der Gesundheitsversorgung, auch in krisengeschüttelten Ländern wie Simbabwe, Liberia oder Süd-Sudan. In der DR Kongo fragt der Staat zunehmend die Diözesen an, auch staatliche Einrichtungen zu übernehmen, damit diese wieder funktionsfähig werden.

In ländlichen Gebieten der ärmeren Länder Afrikas, etwa in Simbabwe oder auch der DR Kongo, betreibt die katholische Kirche häufig das einzige funktionierende Krankenhaus oder Gesundheitszentrum. Dank ihrer Basisnähe zum Beispiel in Form von so genannten „Kleinen Christlichen Gemeinschaften“ wirkt die Kirche in die kleinsten Zellen des Zusammenlebens hinein. Sie ist mit ihren gesundheitsfördernden Maßnahmen im unmittelbaren Lebensumfeld der Armen präsent und bewirkt Verhaltensänderungen.

Dennoch bleiben nach unserer Erfahrung Möglichkeiten ungenutzt. So wird der Familienplanung als Beitrag zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit nicht genügend Beachtung geschenkt. Denn Teil der Ursachen der Mütter- und Kindersterblichkeit sind kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften und Geburten, die hohe Anzahl von Kindern pro Frau und das jugendliche oder auch fortgeschrittene Alter schwangerer Frauen und Mütter. Wenn im Weiteren von Familienplanung gesprochen wird, ist damit der Einsatz von natürlichen und anderen nicht-natürlichen Methoden gemeint, die dazu dienen, den zeitlichen Abstand zwischen Geburten zu beeinflussen, sei es wegen gravierender medizinischer Risiken, den sozialen Folgen für Mütter und deren bereits lebende Kinder oder anders ausgedrückt der moralischen Verpflichtung zu „verantworteter Elternschaft“.

Die Haltung der Kirche gegenüber Fortpflanzung und Familienplanung übt in Afrika einen starken Einfluss auf das Leben der Gläubigen aus. Dies steht im krassen Gegensatz zu der Situation in Deutschland, wo laut einer Umfrage der Bischöfe zu Familie und Sexualmoral in Vorbereitung auf die Außeror-

dentliche Vollversammlung der Bischofssynode im Herbst dieses Jahres die große Mehrheit der Katholiken das Verbot künstlicher Empfängnisverhütung ablehnt und entsprechend nicht befolgt (vgl. HK, März 2014, 115ff.).

Die konkrete Lebenswirklichkeit der Menschen und das medizinisch Gebotene

In Afrika hingegen, also dort, wo es die höchsten Mütter- und Kindersterblichkeitsraten gibt, wird Familienplanung aus verschiedenen Gründen noch immer sehr beschränkt angewandt. Hier müsste die Kirche ihre Stellung als Anbieter von Gesundheitsdiensten und Multiplikator von lebensfördernden Verhaltensänderungen gezielt einsetzen, um Familienplanung zu fördern.

Wenn in kirchlichen Gesundheitseinrichtungen Familienplanung angeboten wird, bezieht sich dies entsprechend der offiziellen Haltung der Kirche nur auf natürliche Methoden. Dies wird durch mündliche und schriftliche Aussagen der Bischöfe unterstrichen. So finden sich dort, wo die katholische Kirche eine Gesundheitspolicy verabschiedet hat wie zum Beispiel in Äthiopien, ein klarer Hinweis auf die alleinige Anwendung von natürlichen Methoden und das ausdrückliche Verbot, künstliche Methoden zu fördern oder zu dulden.

Nachdem die ruandischen Bischöfe dem Druck der Regierung des überbevölkerten Landes nachgegeben und ein Schreiben verfasst haben, in dem sich die Kirche der Förderung von natürlicher Familienplanung verschreibt, wird auch hier ganz deutlich darauf hingewiesen, dass alle künstlichen Methoden abgelehnt werden. Auch wenn nicht alle Bischofskonferenzen explizite Stellungnahmen zu diesem Thema verabschiedet haben, wird das Verbot des Einsatzes künstlicher Familienplanung nirgends offen in Frage gestellt und werden Diskussionen zum Thema nicht angeregt.

Das Missionsärztliche Institut

Das Missionsärztliche Institut ist die bundesweit einzige katholische Fachstelle für Internationale Gesundheit. 1922 gegründet, bildet es medizinisches Fachpersonal für den Einsatz in tropischen Ländern mit Schwerpunkt in Afrika aus. Zudem berät und unterstützt das Institut kirchliche Gesundheitsdienste und Projektpartner weltweit sowie kirchliche Hilfswerke.

Im Institut arbeiten Haupt- und Ehrenamtliche gemeinsam für mehr Gesundheit in der Einen Welt in den Tätigkeitsfeldern Beratung, Weiterbildung und Lehre, Forschung und politische Advocacy.

Die Arbeitsschwerpunkte sind: angepasste Technologien im Gesundheitswesen; humanitäre Zusammenarbeit; HIV/AIDS; Gesundheitsdienste und Public Health; Tropenmedizin.

Das Institut ist Mitträger der Missionsärztlichen Klinik GmbH in Würzburg, eines akademischen Lehr- und Ausbildungskrankenhauses der Universität Würzburg.

Als Konsequenz orientiert sich die pastorale Praxis nicht an der konkreten Lebenswirklichkeit der Menschen, und die Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen entspricht nicht immer dem medizinisch Gebotenen. Das heißt, es wird nicht ausreichend auf Risiken der zu dicht aufeinanderfolgenden Schwangerschaften und die Möglichkeiten, diese zu vermeiden, hingewiesen.

Nicht-natürliche Familienplanungsmethoden werden zum Teil mit Abtreibung gleichgesetzt, eine verantwortliche Auseinandersetzung mit dem Ziel, Mutter-Kind-Gesundheit zu fördern, wird vermieden. Fragen, inwieweit die Lebenssituation von Frauen, die oftmals von einer totalen Abhängigkeit vom Mann und mangelnder Entscheidungskompetenz geprägt ist, es zulässt, natürliche Methoden anzuwenden, werden nicht gestellt, denn als logische Konsequenz müsste man der Frau eventuell andere von der katholischen Kirche nicht akzeptierte Methoden empfehlen, die aber nur in einer anderen eventuell zu weit entfernten und damit unerreichbaren Gesundheitseinrichtung zu erhalten sind.

In den Tätigkeitsberichten der vom MI beratenen Gesundheitsdienste finden sich praktisch keine Angaben zum Versorgungsauftrag Familienplanung, obwohl fast alle Dienste auch Leistungen zu Mutter-Kind-Gesundheit anbieten. Einige wenige Einrichtungen machen Angaben zu natürlicher Familienplanung, wie zum Beispiel der Gesundheitsdienst der Diözese Bukavu im Osten der DR Kongo. Mit 165 Gesundheitszentren und 11 Krankenhäusern versorgt hier die katholische Kirche rund 800 000 Menschen. Im Rahmen dieser Arbeit werden pro Jahr auch rund 2000 Paare zu natürlicher Familienplanung unterrichtet. Niemand stellt sich jedoch die Frage, was die Kirche tun könnte, um auch die anderen Frauen vor Risikoschwangerschaften zu schützen.

Auf Nachfrage vor Ort stellen sich in den verschiedenen Ländern und Diözesen sehr unterschiedliche Szenarien dar: Familienplanung wird in einigen Einrichtungen völlig ignoriert, an anderen Stellen wird nur über die natürliche Familienplanung gesprochen, während es auch Zentren gibt, zum Beispiel in der Kirchenprovinz Garoua im Norden Kameruns, die über alle Formen der FP informieren, ohne aber Verhütungsmittel zur Verfügung zu stellen. In seltenen Fällen werden Verhütungsmittel von beherzten Ordensschwestern nach Einzelfallprüfung zur Verfügung gestellt, ohne dass mit dieser Praxis in der Öffentlichkeit geworben beziehungsweise darüber berichtet wird.

Auf Nachfrage geben diese Schwestern an, dass der Bischof deutlich gemacht hat, dass er sich in diese Angelegenheiten des Gesundheitszentrums nicht einmischen wird und auch nicht informiert werden möchte. Es gibt noch weitere Beispiele, wo Bischöfe ihr Augenmerk auf die reale Situation richten und entsprechend handeln. So berichteten Ordensschwestern, dass sie während des Krieges auf Geheiß ihres Bischofs nicht-natürliche hormonelle Verhütungsmittel genommen haben, um

den Konsequenzen erwarteter Vergewaltigungen vorzubeugen. Aber auch über diese barmherzigen Praktiken wird nur hinter vorgehaltener Hand gesprochen.

Das Thema Familienplanung muss breit und mutig diskutiert werden

Da jedoch eine gute, den Lebensrealitäten angepasste Familienplanung dazu beiträgt, das Leben von Müttern und Kindern zu retten, sieht das Missionsärztliche Institut die dringende Notwendigkeit, dieses Thema in der katholischen Kirche breit und mutig zu diskutieren. Nur wenn Probleme als solche benannt werden und offen darüber diskutiert wird, können Lösungen gefunden werden. In diesem Sinne ist eine „unaufschiebbare, kirchliche Erneuerung“ von Nöten, zu der Papst Franziskus in seinem apostolischen Schreiben „Evangelii Gaudium“ aufruft: „Die Seelsorge unter missionarischem Gesichtspunkt verlangt, das bequeme pastorale Kriterium des ‚Es wurde immer so gemacht‘ aufzugeben. Ich lade ein, wagemutig und kreativ zu sein, in dieser Aufgabe, die Ziele, die Strukturen, den Stil und die Evangelisierungsmethoden der eigenen Gemeinde zu überdenken (...) Ich rufe alle auf, großzügig und mutig die Anregungen dieses Dokumentes aufzugreifen, ohne Beschränkungen und Ängste.“

Eine neue, vertiefende Auseinandersetzung ist wegen der nicht zuletzt durch Globalisierung veränderten Lebensrealitäten und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zwingend erforderlich, um die pastorale, soziale und medizinische Praxis unter Anwendung gültiger ethischer Prinzipien der Lebensrealität der Menschen anzupassen.

In diesem Zusammenhang ist auch eine intensivere Auseinandersetzung der Kirche mit dem Thema Gewalt gegen Frauen gerade auch in der Ehe dringend notwendig. Besonders in Afrika südlich der Sahara, wo noch immer die meisten Frauen und Kinder leiden und sterben, wird das Potenzial der Kirche, als Fürsprecher von Frauen und Kindern zu dienen und aktiv gegen ungerechte und diskriminierende, schädliche kulturelle Praktiken vorzugehen, nicht genügend genutzt.

In Gesprächen mit Priestern im Osten der DR Kongo, einem Gebiet, über das weltweit im Zusammenhang mit Vergewaltigung geredet wird, wurde deutlich, dass Priester es noch immer nicht für nötig erachten, dieses Thema in ihren Gottesdiensten anzusprechen. Auf Nachfrage werden Vergewaltigungen auf das Militär oder Rebellen geschoben, die sich ohnehin nicht beeinflussen lassen. Dass Jahre nach dem Ende des Krieges noch immer Frauen vergewaltigt werden, und zwar auch von Zivilisten aus ihrer Nachbarschaft, scheint nur medizinischem Personal und Sozialarbeitern bekannt zu sein. Auch der Tatbestand einer Vergewaltigung in der Ehe ist dortigen Priestern eher fremd und somit wird kein Handlungsbedarf gesehen, sich für die Belange der betroffenen Frauen einzusetzen.

Wie aber hängen nun Familienplanung und Mutter-Kind-Gesundheit zusammen? Zunächst ist zu betonen, dass es hier nicht um die Vermeidung von Geburten geht, sondern vielmehr um die Planung der zeitlichen Abfolge von Geburten. Gerade in Afrika möchten Frauen nicht auf Kinder verzichten, zumal sie ihnen Status, Ansehen und Würde verschaffen. Ohne Planung kommt es jedoch vermehrt zu Schwangerschaften, die mit einem hohen gesundheitlichen Risiko für Frau und Kind einhergehen. Frauen unter 18 oder über 35, die an HIV/AIDS, Tuberkulose, Unterernährung oder anderen Erkrankungen leiden und Frauen, die zu schnell hintereinander wieder schwanger werden, sind besonders gefährdet, wenn sie schwanger werden.

Allein durch das Einhalten eines medizinisch vernünftigen Abstandes zwischen den Geburten – Frauen sollten erst wieder schwanger werden, wenn ihr jüngstes Kind wenigstens zwei Jahre alt ist – könnte jeder vierte kindliche Todesfall vermieden werden. Der Abstand ermöglicht es der Frau, sich körperlich zu erholen (zum Beispiel Blutarmut wieder auszugleichen), wodurch auch das Ungeborene im Mutterleib besser versorgt wird, besser wächst und die Chancen steigen, dass das Kind bis zum Termin ausgetragen werden kann. Reife, nach neun Monaten geborene Kinder, haben ein geringeres Risiko während oder gleich nach der Geburt zu sterben.

Gleichzeitig ermöglicht ein hinreichend großer Abstand zwischen zwei Schwangerschaften eine für die Ernährung des Kindes genügend lange Stillperiode, die zu einem besseren Gesundheitszustand beiträgt (WHO 2007). Kinder, die zum Beispiel beim Eintritt der nächsten Schwangerschaft abrupt abgestillt werden, rutschen oftmals in die Unterernährung, die in Kombination mit Infektionen über einem Drittel der kindlichen Todesfälle in Entwicklungsländern zugrunde liegt.

In den Entwicklungsländern werden zwei von fünf Frauen ungewollt beziehungsweise ungeplant schwanger, etwa 80 Millionen jährlich. Ein Großteil dieser Frauen steht unter enormem Druck, so dass sie sich als letzten Ausweg zu einem Schwangerschaftsabbruch entschließen. Infolgedessen sterben jedes Jahr über 40 Millionen Ungeborene. Die Frauen müssen mit den psychischen Folgen leben, und da die meisten dieser Abbrüche unter ungeeigneten meist unhygienischen Bedingungen durch unqualifizierte Personen durchgeführt werden, oftmals auch mit physischen Komplikationen (WHO 2007 und 2013). Ist ein Schwangerschaftsabbruch illegal, besteht bei Komplikationen das Problem des Zugangs zur medizinischen Versorgung für diese Frauen mit Folgen von unbehandelten Infektionen, starken Blutungen bis hin zum Tod.

Der Einsatz von natürlichen und nicht-natürlichen Mitteln beziehungsweise Arzneimitteln zur Vergrößerung des Abstandes zwischen Schwangerschaften senkt die Gesundheitsrisiken für

Mütter und Kinder in armen Ländern erheblich. Von daher ist Familienplanung Ernstfall für das pastorale Wirken der Kirche in den Ländern Afrikas. Hier könnte die Kirche zeigen, dass ihr die barmherzige Fürsorge für das Leben von Müttern und Kindern wichtiger ist als das Festhalten an Doktrinen.

Familienplanung ist der Ernstfall für das pastorale Wirken der Kirche in den Ländern Afrikas

Zur Verdeutlichung der Problematik sei hier kurz eines der unzähligen Einzelschicksale dargestellt, das ein wenig Licht auf die realen Lebensumstände von Frauen in ländlichen Gebieten Afrikas südlich der Sahara wirft: Odette lebte im Osten des Kongos und ist mit 25 Jahren an den Komplikationen ihrer vierten Schwangerschaft gestorben. Sie hätte gerne den Abstand zwischen den Geburten ihrer Kinder vergrößern wollen, aber dies war ihr aufgrund fehlender Entscheidungskompetenz als Frau nicht möglich. Von anderen Frauen in der Kirche hatte sie gehört, dass es fruchtbare und unfruchtbare Tage gibt und man entsprechend Schwangerschaften planen könne. Doch wie hätte sie mit ihrem Mann darüber reden können? Wenn er getrunken hatte, wurde er gewalttätig

und sie musste ohnehin machen, was er forderte. Als sie den Priester um Hilfe bat, sprach er nur von ehelichen Pflichten und dem Gehorsam der Frau. Und so wurde sie ein viertes Mal schwanger. Ihr mittlerweile ausgezehrt Körper entwickelte eine Blutung, an der sie auf dem Weg ins Krankenhaus verstarb.

Wäre sie in das katholische Gesundheitszentrum gegangen, hätte man sie dort eventuell über die Möglichkeiten der Familienplanung aufgeklärt und ihr besonders die natürliche Familienplanung ans Herz gelegt, da diese mit der Lehre der katholischen Kirche in Einklang steht. Aber obwohl die natürliche Familienplanung, wenn sie korrekt angewendet wird, eine funktionierende Form der Familienplanung ist, ist ihre praktische Anwendbarkeit gerade in ländlichen Gebieten Afrikas äußerst fragwürdig. Die reale Lebenssituation dieser Frauen steht einer Methode entgegen, die zum einen eine Kommunikation (über Sexualität) auf Augenhöhe zwischen den Partnern voraussetzt und zum anderen das Verständnis des biologischen Zyklus seitens der Frauen verlangt.

Das Beispiel zeigt, dass es wichtig ist, insbesondere in den kirchlichen Gesundheitseinrichtungen, aber auch allgemein in der Kirche, die Lebensrealität von Frauen wahrzunehmen und

entsprechend zu handeln. Auch wenn dem Personal klar ist, dass viele Frauen nicht nur nicht mit ihren Partnern über Familienplanung reden können, sondern sogar häusliche Gewalt erleiden, gehen sie nicht darauf ein und empfehlen die Methoden natürlicher Familienplanung, um Konflikte mit der Kirche zu vermeiden.

Nach einem 2013 veröffentlichten Bericht der WHO erleiden 36,6 Prozent der afrikanischen Frauen sexuelle Gewalt von ihrem Partner mit entsprechenden physischen und psychischen Folgen. Afrikanische Traditionen, die Frauen ihrer Rechte berauben, werden aber von den Gläubigen und den Verantwortungsträgern in der Kirche oftmals nicht kritisch hinterfragt und ohne Widerspruch akzeptiert. Sexuelle Gewalt in der Ehe wird auch in der Seelsorge zum Nachteil der Frauen nicht als solche wahrgenommen. Hormonelle oder Barriere-Methoden

(Kondome) sind in Situationen von Gewalt, Zwang und ungewollter Schwangerschaft medizinisch wirksamere Alternativen zur natürlichen Familienplanung. Durch sie kann in diesen Situationen das Erkrankungs- und Sterberisiko gesenkt werden. Müssen sie nicht im Einzelfall und unter Anwendung katholischer ethischer Handlungsmaximen eingesetzt werden dürfen, um schwerwiegende Krankheitsfolgen und einen vorzeitigen Tod zu verhindern? Ihr Einsatz ändert in solchen Fällen nicht die Finalität von ehelicher Sexualität und die kirchliche Lehre über treue, verantwortungsvolle Elternschaft. Ihr Einsatz hat auch nichts mit der Abtötung befruchteter Keime beziehungsweise ungeborenen Lebens zu tun. Das MI stellt diese Frage, da es immer wieder mit dem Schicksal einzelner Frauen konfrontiert wird, die dort, wo sie leben, nicht gehört werden und zu schwach sind, sich selbst zu helfen. *Marlies Reulecke*