

Forum

**Warum ich mich für die Fristenlösung einsetze**

Die grösseren Schweizer Kantone praktizieren seit Jahren die Fristenlösung – offensichtlich mit Erfolg, denn die Schwangerschaftsabbruchzahlen haben sich auf relativ niedrigem Niveau stabilisiert, wir haben tiefe Zahlen von Teenagerschwangerschaften, und die üblichen Randerscheinungen der Verbotszeiten, also die gefährlichen septischen Aborte und der erniedrigende Schwangerschaftsabbruchtourismus ins Ausland, sind verschwunden.

Unsere Gesellschaft steht aber bis heute nicht zu der erfolgten Liberalisierung, und wir Psychiater haben die Aufgabe übernommen, diesen Widerspruch zu überbrücken mit psychiatrischen Gutachten, die den Frauen den Zugang zu einer Abtreibung öffnen. Diese undankbare Aufgabe wollen wir Psychiaterinnen und Psychiater loswerden; die Gesellschaft soll dazu stehen, dass sie nicht ohne Schwangerschaftsabbrüche auskommt, einerseits, weil Antikonzeption keine 100prozentige Sicherheit bietet, und andererseits, weil Frauen oft durch ungeplante Schwangerschaften in nicht anders lösbare Lebenskrisen geraten.

Gegner der Fristenlösung setzen das Lebensrecht des Ungeborenen als absolute Grösse. Meines Erachtens braucht es aber eine Güterabwägung, in der gegen das Recht des Ungeborenen die Situation der Frau zu betrachten ist, die gewillt aber auch fähig sein muss, vielleicht 20 Jahre ihres Lebens einzusetzen, um das Kind zu gebären, zu pflegen und zu erziehen. Die 20 Jahre Erziehungsarbeit müssen oft unter schwierigen Bedingungen, ohne die Unterstützung des Vaters, ohne genügende Finanzen, ohne genügenden Raum geschehen, und wir wissen alle, wie wenig Dank und Anerkennung elterliche Erziehungsarbeit in einer Welt findet, die auf andere Werte und Ziele ausgerichtet ist.

Wir haben im Frühjahr eine Tagung organisiert zur Frage, wie Frauen einen erfolgten Abbruch verarbeiten. Dazu wurden Nichtbefürworter und Gegner der Fristenlösung eingeladen, was man uns sehr zum Vorwurf machte; vielmehr luden wir Forscherinnen und Forscher ein, die unserer Fragestellung mit wissenschaftlichen Methoden nachgegangen waren. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Unter Frauen, die einen Abbruch durchgemacht haben, findet sich nicht mehr psychisches Leiden als in der Durchschnittsbevölkerung, und: Der Abbruch wird von denjenigen Frauen schlecht verarbeitet, die in belastenden Si-

tuationen mit wenig sozialer Unterstützung leben oder schon vor dem Abbruch psychische Probleme hatten.

Hinter der Argumentation, Schwangerschaftsabbrüche führten bei betroffenen Frauen zu psychischer Schädigung, versteckt sich bei näherem Hinsehen ein altbekannter frauenfeindlicher Mechanismus: Schon immer wurden frauen-emanzipatorische Schritte bekämpft mit dem Argument, sie seien der Frau nicht zuträglich: Das Frauenstimmrecht, der Zugang zur Universität und zu bestimmten Studienrichtungen, die Koedukation überhaupt, ja auch das Mädchenturnen oder das Velofahren, alles war angeblich schädlich für die Gesundheit der Frauen oder dem Wesen der Frau abträglich.

Es wird Zeit, dass wir mit der bestehenden Doppelmoral aufhören und den Frauen, die noch immer den weitaus grössten Teil der Erziehungsarbeit leisten, den dafür gebührenden Respekt zollen und ihren Entscheid über die Nachkommenschaft respektieren.

Dr. med. Tedy Hubschmid, Bern

**Die korrekte Anwendung von KVG-Restriktionen**

Ein notwendiger Beitrag der Ärzte zur Kontrolle der Kostensteigerung bei den Krankenkassenprämien

Die Prämienerrhöhungen der Krankenkassen sind die logische Folge von vermehrter Inanspruchnahme ärztlicher und technischer Leistungen. Nachdem Rationalisierungsmaßnahmen und die Reduktion der Ärzthonorare weitgehend ausgeschöpft sind, führt nun kein Weg mehr an der Limitierung der vom KVG zu tragenden Leistungen vorbei. Wer die Notwendigkeit einer solchen Leistungsrationierung immer noch leugnet, ist mit Blindheit geschlagen oder spricht wider sein besseres Wissen.

Die immer wieder erhobene Forderung allerdings, dass es Aufgabe der Ärzte sei, den Patienten nicht mehr alle Leistungen anzubieten, ist absurd. *Wir Ärzte sind weder befugt noch in der Lage, den Patienten die Leistungen zu rationieren. Die Rationierung von Pflichtleistungen der Krankenkassen kann nur durch die Politiker erfolgen, die diesbezüglich ihre Aufgaben noch nicht gemacht haben. An uns Ärzten wird es aber liegen, diese Restriktionen auch umzusetzen.* Hier aber wird bei uns Ärzten ein gewaltiges Umdenken einsetzen müssen. Denn nicht einmal die heute erst spärlich vorhandenen Leistungslimitierungen werden von uns korrekt gehandhabt. Das einzige, was wir Ärzte als Ergänzung zu den politisch verfügbaren Restriktionen beitragen können, ist

aber die konsequente Beachtung, dass den Kassen nur Leistungen verrechnet werden, die sie vom Gesetz her auch wirklich zu erbringen haben.

Wir werden täglich von Gesunden um viele Nichtpflichtleistungen gebeten, z.B. Check-up-Untersuchungen mit EKG und Labor bei gesunden Männern, gynäkologische Kontrollen bei gesunden Frauen, die Ovulationshemmer einnehmen und ohne Risikofaktoren 3 normale Abstrichresultate hatten, AIDS-Tests bei Partnerwechsel, Ultraschalluntersuchungen zur Vorsorge, Bestimmungen von Cholesterin oder Spurenelementen im Blut usw. Viele dieser Patientenwünsche sind berechtigt, aber vom Gesetz her ganz klar keine Leistungen der obligatorischen Grundversicherung. Es geht heute nicht mehr an, dass wir bei solchen Leistungen einfach eine Diagnose erfinden, damit die Krankenkasse leistungspflichtig wird.

Es geht nämlich auch anders: Seit 20 Jahren setze ich bei gynäkologischen Kontrollen ohne KVG-Leistungspflicht die Diagnose «Check-up» auf den Krankenschein. Seit diesem Jahr wende ich auch das auf Anregung einiger Kollegen hin entwickelte System «Erweitertes Vorsorge-Angebot» (EVA) an (z.B. Hämokkult, Cholesterinbestimmung, HIV-Test, vaginaler oder Mammultraschall, Lifestyleprodukte und dergleichen). Jeder Patient kann daraus die Leistungen aussuchen, die er in Anspruch nehmen möchte. Den Krankenkassen belasten wir aber nur die vom Gesetz her vorgesehenen Leistungen, in dem wir Nichtpflichtleistungen in der Rechnung korrekt als solche deklarieren. Erinnerung werden darf auch, dass KVG-Restriktionen für die Ärzte (z.B. Preisbindung, Gewinnbeteiligung bei Laborleistungen und dergleichen) in einem solchen EVA-System nicht gelten.

Dr. med. Peter Diego Hagmann, Zürich