

02305

Fortsetzung von Seite 16

Weil **AIDS eine lebensbedrohliche Krankheit** ist, die eine unmittelbare Gefahr für bestimmte Personengruppen und eine potentielle Gefahr für die Allgemeinbevölkerung darstellt, rief das amerikanische Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem CDC*, den National Institutes of Health und der Food and Drug Administration eine Expertenkommission zusammen, die neue Richtlinien zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung erarbeiten soll. Das heikelste Problem: Wie sollen Blutspenden von Risikoträgern unterbunden werden? Die National Hemophilia Foundation rief die Blutbanken dazu auf, die Risikoträger aus den Blutspenderlisten zu streichen – eine „Diskriminierung“, gegen die der Homosexuellen-Verband „National Gay Task Force“ (NGTF) vehement protestierte. (Bei 74% aller AIDS-Patienten handelt es sich um Homosexuelle, gefolgt von 16% Drogenabhängigen.) „Screenen sollte man Blut, aber nicht Menschen“, meinte NGTF-Sprecherin Virginia Apuzzo. Ihre Gruppe plädiert für die Verwendung von Marker-Tests zur Identifizierung von hochgradig AIDS-gefährdeten Spendern. Eine neue Studie zeigt ferner, daß fast 90% der AIDS-Kranken positive Antikörper-Tests für Hepatitis B haben. Die Blutbanken ihrerseits scheuen vor den Kosten derartiger Tests zurück, obwohl auch sie die Befragung nach den „sexuellen Präferenzen“ der potentiellen Spender als „unpassend und unzweckmäßig“ erachten. Das endgültige Urteil der Expertenkommission steht noch aus: Einem Gerücht zufolge wird sie vorschlagen, daß Personen mit hohem AIDS-Risiko freiwillig auf die Blutspende verzichten.

C. Meo

* In der Bundesrepublik versucht das Bundesgesundheitsamt auftretende Fälle von AIDS zu erfassen, um mit dem CDC eine epidemiologische Klärung zu erreichen. Es hat dafür Erfassungsbögen erstellt, die beim Bundesgesundheitsamt, Abteilung Virologie, Nordufer 20, D-1000 Berlin 65, angefordert werden können.

Schwangerschaftsabbruch

Aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen streichen?

Leider entdecken Politiker häufig erst in Wahlkampfzeiten, daß der überwiegende Teil ihrer Wählerschaft weiblich ist. Da werden dann plötzlich die sogenannten „Frauenfragen“ aus den Schubladen geholt, über die zu Reden man vier Jahre lang keine Zeit gefunden hatte. Was Wunder, daß der § 218 auch in diesem Jahr wieder zum Wahlkampfschlager geriet.

Nun könnte man die ganze Angelegenheit – wie die meisten Reden der Politiker auf Stimmenfang – kommentarlos ad acta legen, würde sich nicht der Eindruck manifestieren, daß ökonomische Krisensituationen wieder einmal dazu herhalten müssen, bestehendes Recht auszuhöheln.

Verhindern die Verfechter der Ausgliederung eine Kostenverringering? Pikant bei der ganzen Diskussion um die Ausgliederung der Kosten für den Schwangerschaftsabbruch aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Tatsache, daß offensichtlich die Verfechter der Ausgliederung alles verhindern, was die Kosten verringern könnte. Wie anders ist zu erklären, daß in bestimmten Bundesländern die Genehmigung für Kliniken und Praxen, in denen ein ambulanter Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden kann, von den Behörden immer wieder verschleppt wird? Es wären sicherlich beträchtliche Kosten einzusparen, müßten die Abbrüche nicht in Kliniken vorgenommen werden. (Zum Vergleich: Ein ambulanter Abbruch kostet die Kasse etwa 500 DM, während der stationäre Abbruch mit ca. 1500 bis 2000 DM zu Buche schlägt.)

Das Argument des medizinischen Risikos zieht auch nicht: Mittlerweile wird der überwiegende Teil der Abbrüche vor der 9. Schwangerschaftswoche vorgenommen. Hier ist

nach Aussage der meisten Fachleute ein ambulanter Eingriff nicht risikoreicher als der stationäre. Man könnte den Eindruck gewinnen, daß Kosten künstlich hoch gehalten werden, um anschließend bessere Argumente an der Hand zu haben, diese Kosten wieder den betroffenen Frauen aufzubürden.

„Abbruch-Tourismus“ in der Bundesrepublik? Doch damit nicht genug: eine Umfrage des Pro-Familia-Bundesverbandes belegt, daß viele Frauen aus südlichen Bundesländern einen stationären Aufenthalt umgehen, indem sie nach Hessen oder Nordrhein-Westfalen pilgern. Als „Abbruch-Tourismus“ bezeichnet der Verein diese Fahrten, die den Frauen zusätzliche Kosten für Fahrt und Hotelunterkunft beschereuen und sie häufig auch zur Privatschatulle mancher Ärzte beisteuern läßt. Zugegebenermaßen sind die Erhebungen der Organisation nicht umfassend, nicht alle Beratungsstellen erfahren, wo die Frauen nach ihrer Beratung den Abbruch vornehmen lassen. Zumindest ist jedoch aufschlußreich, daß bundesweit von den einzelnen Beratungsstellen 30 Fälle gemeldet wurden, bei denen gesichert ist, daß die betroffene Frau zum Eingriff in ein anderes Bundesland fuhr. Auch zeigt eine Erhebung bei privaten Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch, daß 45 Frauen (überwiegend aus Baden-Württemberg und Niedersachsen)

Fortsetzung auf Seite 20

Fortsetzung von Seite 18

den Eingriff jenseits der Grenze ihres Bundeslandes vornehmen ließen.

Sicherlich könnte jetzt eingewendet werden, daß diese Zahlen bei jährlich 80 000 Abtreibungen nur einen Bruchteil darstellen. Doch ist eine richtige statistische Untersuchung nicht möglich, da zwar die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in den einzelnen Bundesländern erfaßt wird, nicht jedoch, aus welchem Land die Frauen kommen. Und selbst wenn diese Zahlen tatsächlich nur unwesentlich nach oben abweichen würden, wäre dies noch lange kein Argument dafür, daß in den südlichen Bundesländern kein Bedarf nach ambulanten Schwangerschaftsabbruch besteht. Wer ihn unbedingt haben will, kriegt ihn natürlich auch so – ohne Krankenschein und Konfliktberatung aber gegen bar.

Das Erreichte nicht zurückschrauben. Gewinnt bei den Politikern wieder eine Mentalität die Oberhand, das Erreichte zurückzuschrauben, sieht es trübe aus. Da nutzen nämlich dann auch Untersuchungen aus

den Vereinigten Staaten nichts, die belegen, daß der Wegfall der Kostenerstattung nicht zu einem Rückgang der Schwangerschaftsabbrüche führt. Diese Erhebungen zeigen, daß die Frauen den Abbruch verzögern, bis sie das Geld zusammengespart haben. Die Folge: das *Risiko beim Eingriff* steigt. Aber auch eine andere Variante wäre denkbar: Die Frauen gehen wieder zu Medizinerinnen im „schwarzen Kittel“ oder greifen zur Selbsthilfe. In beiden Fällen liegen die Frauen mit Komplikationen in der Klinik und belasten die Kassen – vielleicht sogar in einem größeren Ausmaß, als wenn die Kosten des Abbruchs (derzeit 0,5% der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen) übernommen würden. Sicherlich könnte man darüber debattieren, ob die Kosten des Abbruchs von den Krankenkassen übernommen, oder vom Staat über Zuschüsse an entsprechende Einrichtungen finanziert werden. Ein Kompromiß könnte auch sein, daß die Frauen, je nach Einkommen, einen bestimmten Eigenbeitrag leisten.

Schwangerschaftsabbruch kein

Mittel zur Bevölkerungspolitik. Fest steht, daß die Verschlechterung der Bedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch sicherlich nicht dazu führen wird, daß die Deutschen zukünftig etwas weniger aussterben als bisher: Die Zahl der Abbrüche wird sich – ob legal oder illegal, ob mit oder ohne Kostenerstattung – nicht verringern. Zur Ankurbelung deutscher Fortpflanzungsfreudigkeit sind andere Maßnahmen nötig. Aber das wissen die Sachverständigen in den Ministerien ohnehin.

Eine abschließende Bemerkung sei jedoch noch angebracht: Keine Frau der Welt – außer jene in den schmierigen Artikeln gewisser Magazine – hält den Schwangerschaftsabbruch für ein Mittel der Familienplanung. Vielleicht können sich nur wenige Männer vorstellen, mit welchen Konflikten jede Frau kämpft, die sich zu einem Abbruch entschließt. Die einzige Möglichkeit, die Anzahl der Abbrüche zu vermindern, besteht in der Verbesserung von Kontrazeption und Aufklärung von Frauen und Männern.

Barbara Hochberg

Der Jahrhundert-Tip

Appell des VIII. Deutschen Ärztetages: Fragen nicht mit allgemeinen Phrasen beantworten

Über den VIII. Deutschen Ärztetag in Eisenach berichtete das „Aerztliche Intelligenzblatt – Münchener Medizinische Wochenschrift“ am 4. 5. 1880. Zwei Themenschwerpunkte seien hervorgehoben, die Phraseologie und die Curpfuscherei:

> Es wäre hier nur noch die Nothwendigkeit zu betonen, sämtliche Fragen nicht mit allgemeinen Phrasen zu beantworten, sondern thatsächliche Verhältnisse zu schildern.

> Die materiellen Nachteile der Gewerbeordnung für den ärztlichen Stand dürften bei unseren Bestrebungen wohl am wenigsten hervorzuheben sein; sie

sind vorhanden, wo die Curpfuscherei einen Theil des Publikums den Aerzten entfremdet; aber die materiellen Rücksichten, egoistische Zwecke sind es nicht, welche uns zur Opposition gegen die Bestimmungen der Gewerbeordnung veranlassen; dagegen ist die Schädigung der socialen Stellung des ärztlichen Standes, die Verminderung des Ansehens beim Publikum, wenn auch jetzt noch nicht deutlich hervortretend, doch im Laufe der Jahre mit Sicherheit zu befürchten. Ebenso dürfen wir uns nicht verhehlen, daß durch den Kampf mit einem gleichberechtigten Pfuscherthume dem ärztlichen Stande, wenigstens in einzelnen Individuen, wirklich der Stempel des Gewerbebetriebs aufgedrückt werden wird, wenn die mächtige Concurrenz der mit

ganz unwürdigen Waffen aber frech und anmassend auftretenden Curpfuscher den Arzt bei den besten Grundsätzen zwingt, gleichfalls durch weniger würdige und standesgemässe Mittel die Aufmerksamkeit des grossen Publikums auf sich zu lenken. Und solche Gefahren sind es, welche in ihrer langsam aber sicher vergiftenden Wirkung den gesammelten Stand in seiner moralischen Stellung und Würde bedrohen; sie sind es, die am meisten zu fürchten, deshalb auch am energischesten zu bekämpfen sind.

> Hier wären einzelne Fälle besonders evidenten Ueberhandnahme von Geheimmittel-Fabrication und -Verkauf anzuführen und die Localpresse bezüglich ihrer Pfuscherannoncen, wenn auch nur kurze Zeit zu überwachen; es lässt sich daraus gewiss eine enorme Zunahme der letzteren constatiren, die bei der Kostspieligkeit der Inserate mit Bestimmtheit auf eine wachsende Einnahmsquelle der inserirenden Fabricanten und Händler schliessen lässt.