

Das Leser-Forum

Schwangerschaftsabbruch

Das derzeit gültige Abtreibungsrecht ist ein komplexer Kompromiss, der den gesellschaftlichen Diskurs, das Recht betroffener Frauen, die ethische Freiheit von Ärzten, aber auch das Lebensrecht Ungeborener zu berücksichtigen hat (DÄ 42/2018: „Ein moralphilosophischer und rechtlicher Kompromiss“ von Wolfgang Uwe Eckart).

Ehrlich diskutieren

Bemerkenswert ist der Beitrag ..., weil er das Thema von einer Seite beleuchtet, die in Deutschland gefühlt völlig verloren gegangen ist: die moralische Diskussionswürdigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen überhaupt. Mein Eindruck ist, dass man sehr leicht in die übliche Ecke gestellt wird, wenn man eine vom Mainstream deviante Meinung dazu hat. Die Konfliktlinien lauten etwa so: Befürworter einer immer liberaleren Regelung (oder komplette Ent-Regelung) = fortschrittlich, modern, gut für die Frauen allgemein; dagegen Befürworter einer restriktiven Handhabung = rückständig, radikal, fundamentalistisch, frauenfeindlich. Herr Eckart schreibt: „Abtreibungswilligen Ärzten ist die Sicherheit ihres Handelns ... zu gewähren“. Interessanter Punkt. Ist eigentlich die Sicherheit und Würde von abtreibungsunwilligen Ärzten gewährleistet? Kann ein Assistenzarzt den Facharzt für Gynäkologie erreichen, wenn er sich aus Gewissensgründen weigert, Abtreibungen vorzunehmen? Kann ein Gynäkologe, der im Krankenhaus arbeitet, mit Verständnis seines Arbeitgebers und Schutz der Justiz rechnen, wenn er sich weigert, Abtreibungen vorzunehmen? ... Gesetze entfalten eine normative Kraft, d. h., sie bilden nicht nur die politische Absicht ab, sondern formen gesellschaftliche Ansichten. Die bisherige „Lösung“ im Abtreibungsrecht hat formal Beratung vor die Abtreibung gestellt. Faktisch ist allen klar, dass diese Beratung den Namen nicht verdient. Wie Herr Eckart zum Schluss dankenswerterweise anmerkt, fehlt nahezu vollkommen ein Angebot nachgeburtlicher Sorgengewährung von austragungswilligen Schwangeren. Von Institutionen, die keine Beratungsscheine ausstellen,

einmal abgesehen, findet keinerlei wirklich neutrale Beratung, geschweige denn Werbung und Hilfsangebote für Nicht-Abtreibung statt (wozu der Staat verpflichtet wäre, da Abtreibung bekanntlich nur strafrei, aber dennoch rechtswidrig ist). Aber die gegenwärtige gesetzliche Regelung hat durch ihre normative Wirkung dazu geführt, dass Abtreibung heute eben nicht mehr moralisch-ethisch diskutiert wird, sondern nur noch technisch. Das mag im Sinne einiger Gruppierungen sein, ändert aber nichts an der Fragwürdigkeit dieses Zustandes.

Eine Liberalisierung auch des Werbeverbotes wird genau den gleichen Effekt haben: Irgendwann ist Abtreibung nur noch eine „ganz normale“ Dienstleistung. Das aber sollte sie im Interesse unserer Gesellschaft niemals werden. Es geht immer – egal, welchen moralischen Standpunkt man dazu einnehmen möchte – um die Beendigung einer potenziellen Biografie. Ob das wirklich nur eine Frage von Frauenrechten ist, bliebe ehrlich zu diskutieren.

Dr. med. Grenot Steffen, 18581 Lauterbach

Ökonomisierung

Die Darstellung größerer Zusammenhänge der Ökonomisierung der Medizin erlaubt das Erkennen von Ursachen, Ätiologie und Pathogenese des viel diskutierten Phänomens (DÄ 43/201: Zur Pathogenese der Ökonomisierung“ von Christian Thielscher).

Historisch folgerichtig

Die Pathogenese der Ökonomisierung der Medizin zu ergründen heißt doch die Ökonomisierung der Medizin als etwas Pathologisches zu betrachten. Bedauerlicherweise bleibt uns der Autor schuldig, Erhellendes zur Pathologie der Ökonomisierung zu sagen. ...

Was nun die Ökonomisierung betrifft, so wird seit gut 200 Jahren der Primat der Ökonomie für das gesellschaftliche Leben reklamiert. Marx und Engels haben den Warencharakter aller menschlichen Verhältnisse herausgearbeitet und damit den wahren Charakter der „antagonistischen Gesellschaft“ (Adorno, Th. W.).

Dass nun auch im Krankenversorgungssystem nach 50-jähriger Diskussion endlich (oder wieder) primär ökonomisch gehandelt werden muss – sich nach der Decke gestreckt werden muss – ist historisch nur folgerichtig. Denn die Lohnnebenkosten, von denen das sogenannte Gesundheitssystem nun mal lebt, lassen sich nicht beliebig vermehren. Darüber wachen schon die Interessengegensätze der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, auch wenn das vielgescholtene „Anspruchsdenken der Patienten“ und die Ambitionen der Gesundheitsfallensteller sich davon nicht beindrucken lassen.

Erwin Feierabend, Psychiater, 69115 Heidelberg

Die Geister, die wir riefen ...

Ein nicht unerheblicher Aspekt in der Ätiologie der pathologischen Ökonomisierung wurde von Herrn Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Ch. Thielscher außer Acht gelassen: Es findet nicht nur eine Machtverschiebung statt. Unser System wird auch zunehmend geschröpft durch eine seit Jahren überbordende Flut von Medizinökonomen, Health-Care- und Klinikmanagern, Kompetenzzentren, Strategieberatern, Controllern, Prozessgestaltern, Zertifizierungsunternehmen, Auditoren, Headhuntern, Consulting-GmbHs, CEOs, COOs bis hin zu Eventmanagern und sonstigen Experten, welche uns allesamt vorgeben, dass unsere weitere ärztliche Tätigkeit ohne deren Unterstützung nicht mehr vorstellbar ist.

Besitzt unser doch zunehmend finanziell unter Druck stehendes Gesundheitssystem tatsächlich genug Reserven für diese weiterhin stark expandierende, eigentlich „unmedizinische“ Branche? Lukrativ scheint es zumindest ja zu sein ...

Der schwurbelige und von Klammern-Nebensätzen gespickte Artikel, welcher eine historisch und philosophisch angehauchte Ist-Analyse ohne Lösungsansätze darstellt, sollte uns zumindest darüber nachdenken lassen, ob unsere Ärzteschaft derartig angetragene „Dienstleis-

tungen“ in diesem Ausmaß überhaupt benötigt und vor allem weiterhin finanziell mittragen muss?

Dr. med. Matthias Siebert, 79104 Freiburg

Krankschreibungen

Intensive Therapieangebote und Psychosomatische Rehabilitation statt Krankschreibung könnten helfen, psychisch Erkrankte im Erwerbsleben zu halten (DÄ 43/2018: „Krankschreibungen helfen nicht“ von Petra Bühring).

Reha vor Rente

Leider verstehe ich das Anliegen ... überhaupt nicht. So wird mitgeteilt, dass nur ein Drittel der Betroffenen vor dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente an einer Reha-Maßnahme teilgenommen haben. Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente. Dass heißt, ein Rentenantrag kann von der DRV zuerst einmal als Reha-Antrag eingestuft werden und durch entsprechende Maßnahmen, die DRV verfügt über eigene Ärzte, könnte eine Nachuntersuchung durchgeführt werden und eine entsprechende Rehabilitation vor Rente verlangt werden, sofern diese erfolversprechend wäre. Dies dürfte in Übereinstimmung mit der Gesetzeslage sogar möglich sein.

Dr. med. Harald R. Schuler, 76133 Karlsruhe

Primärprävention

... Was sind die Faktoren, die die Resilienz breiter Schichten soweit einschränken, dass möglicherweise kompensierbare psychische Schwächen als Krankheit manifest werden. Soziale Ungleichheit ist nur einer. Die jetzige berufstätige Generation ist bereits in einer naturfernen städtischen Umgebung aufgewachsen, unseren Kindern geht es nicht anders, die natürlichen Rhythmen von Anspannung und Ruhezeiten sind fremd geworden. Ständige Erreichbarkeit und Exposition zu Informationen sorgen für Dauerstress. Wachsender wirtschaftlicher Druck durch

kaum noch bezahlbare Mieten, Überschuldung zunehmend großer Teile der Bevölkerung addieren sich zu immer noch größerem Effizienzdruck am Arbeitsplatz. Perfiderweise werden mittlerweile in Betrieben Achtsamkeitstrainings mit dem Ziel der Effizienzsteigerung angeboten. Unser „Bildungssystem“ verwechselt Bildung und Erziehung mit möglichst früh zu beginnender Ausbildung zu einem nützlichen produktiven Mitglied der Konsumgesellschaft, sodass Burn-out-Symptomatik bereits unter Schul- und Studienabgängern keine Seltenheit mehr ist. Primärprävention wäre systemverändernd. Ironischerweise ist jedoch auch die Behandlung der Folgeschäden unserer neoliberalen globalen konsumorientierten Marktwirtschaft ein nicht zu unterschätzender Positivposten im Bruttosozialprodukt, wodurch sich erklärt, weshalb sich die Bestrebungen der Ärzteschaft auf Behandlung und Früherkennung konzentriert. Wo ist der gesellschaftspolitische Aufschrei und der Protest all derer, denen die Gesundheit der Menschen am Herzen liegt. Wir sehen in unseren Praxen und Kliniken die ruinösen Folgen unserer ökonomisierten Lebensweise und haben betriebswirtschaftliche Mitstreiter, die schon längst vorrechnen, dass sie sich nicht mehr rentiert. Zu warten, bis sich das Problem von selbst erledigt, weil am Ende auch die Aussterben, die sich jetzt noch am Gemeinwohl und an der Gesundheit der Menschen sattfressen, kann nicht die Lösung sein.

Dr. med. Christian Sanden, 80634 München

Ärztemangel

Zum „Seite Eins“-Beitrag über den Ärztemangel und den Problembereich der Ökonomisierung im Gesundheitswesen (DÄ 45/2018: „Keine Mangelärzte, Ärztemangel“ von Egbert Maibach-Nagel).

Kostenbewusstsein schaffen

Um das Kostenbewusstsein der gesetzlich Krankenversicherten zu schärfen, sollte einmal jährlich jeder Versicherte eine Aufstellung erhalten, die mitteilt, welche Kosten er verursacht hat und welche Summe an Beiträgen zur Versicherung er und sein Arbeitgeber/Rentenversicherung gezahlt haben. Das ist doch problemlos über die Versichertennummer zu machen.

Dr. med. Dietrich Furkert, 34537 Bad Wildungen

Anonym

Die Redaktion veröffentlicht keine ihr anonym zugehenden Zuschriften, auch keine Briefe mit fingierten Adressen. Alle Leserbriefe werden vielmehr mit vollem Namen und Ortsangabe gebracht. Nur in besonderen Fällen können Briefe ohne Namensnennung publiziert werden – aber nur dann, wenn der Redaktion bekannt ist, wer geschrieben hat.

DÄ