



Zu „Zweiklassenmedizin?“
(„Meinung“ *Rheinisches Ärzteblatt*
Februar 1996, Seite 3)

Nettoreproduktionsrate 1,8

„Die künstliche Befruchtung darf keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Denn die Herbeiführung einer Schwangerschaft gehört nicht zum Wesenskern einer auf die Absicherung des Risikos Krankheit ausgerichteten, solidarisch finanzierten Sozialversicherung.“ – Der Autor dieser Zeilen, Herr Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch, der dem Leser des Rheinischen Ärzteblattes nicht näher vorgestellt wird, darf diese Behauptung unkommentiert auf der Titelseite in den Raum stellen.

Nicht der Gesetzgeber hat eine Anspruchshaltung geschaffen, die mit den sich darauf aufbauenden hochentwickelten Angeboten zu erheblichen Ausgaben für die Solidargemeinschaft führt. Für mehr als eineinhalb Jahre waren diese Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeklammert (1989 und 1990). Gerade auf Druck der Basis (z. B. Selbsthilfegruppen) wurde die enorme Bedeutung der Kinderlosigkeit schlagartig bekannt. Nach diversen Schätzungen betrifft dies eine Gruppe von 1,5 Millionen ungewollt kinderlosen Ehepaaren in der Bundesrepublik.

Selbstverständlich wird die Vorenthaltung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zu ei-

ner sogenannten „Zweiklassenmedizin“ führen, denn für viele Paare wären die modernen Erfruchtungsleistungen der Fortpflanzungsmedizin wahrscheinlich nicht finanzierbar.

Man macht es sich permanent sehr einfach, wenn man immer Leistungen zur künstlichen Befruchtung als erstes mit auf die Liste der streichungsfähigen Leistungen setzt. Hierbei braucht man nicht mit allzu großer Kritik zu rechnen, denn das große Heer der ungewollt Kinderlosen hat zunächst einmal keine Lobby.

Die Bundesrepublik steht am unteren Ende der Geburtenrate mit einer Nettoreproduktionsrate von 1,8. Man muß dann wirklich ernsthaft fragen, was das für ein demokratischer Staat ist, der gesellschaftspolitisch sinnvolle Behandlungen seinen Bürgern vorenthält oder als Luxus definiert, aber durchaus bereit ist, den Schwangerschaftsabbruch zu finanzieren.

Dr. med. Thomas Katzorke, Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Essen

Anmerkung der Redaktion: Herr Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch ist Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein und regelmäßiger Autor im „Rheinischen Ärzteblatt“.

Wespennest

Ihr Leitartikel hat mir beim Lesen sehr gutgetan. Offensichtlich ist (aus welcher Historie auch immer) als einer der wenigen Sektoren die gesetzliche Krankenversicherung in hohem Maße klassenkampfbefrachtet. Bei dem weltweit unerreichten Absicherungsniveau abhängig beschäftigter Bevölkerungsschichten völlig unverständlich. Mit dem dargelegten Seitenblick auf Suchtverhalten, Ernährung und Bewegungsgewohnheiten (verfassungsgesichertes Freiheitsprivileg!) und die genetische Disposition haben Sie natürlich auch wieder in ein Wespennest gestochen! Hinsichtlich der Einrichtung von „Dringlichkeitsschachteln“ in der medizinischen Versorgung zur Erstattung durch die gesetzliche Kranken-

versicherung erleben wir Ärzte vor Ort die abenteuertesten Diskussionen. Im Begleitgeschepper der Rechtsveränderungen im Umfeld der Verschärfung des Paragraphen 218 StGB tummeln sich zum Beispiel allerhand Leistungen, die im Krankenversicherungssystem nichts zu suchen haben. Beispielsweise werden orale Kontrazeptiva so zwischen dem Alter von 12 bis 20 Jahren jugendlichen Mädchen zur Krankenkassenlast verordnet. Dieses im Gegengeschäft mit anderen Paketen, um vor dem politischen Gegner eine Verschärfung des Paragraphen 218 durchsetzen zu können. Ein rein politisches Problem, welches politisch (aus Steuermitteln) finanziert werden müßte!

*Dr. med. Michael Faber,
Facharzt für Urologie,
Köln*

Die Redaktion freut sich über jeden Leserbrief. Sie behält sich vor, die Briefe gekürzt zu veröffentlichen. RhÄ

Heilige Kuh

Warum schlachtet eigentlich keiner der Meinungsäußerer die heilige Kuh, daß entweder die gesamte Behandlung solidarisch finanziert wird oder die gesamte Behandlung privat finanziert werden muß? Warum ist der sicher von jedem am ehesten akzeptierbare Mittelweg eines sinnvollen Zuzahlungssystems völlig außer Diskussion? Sicher ist die Erfüllung des Kinderwunsches in hohem Maße auch ein sehr persönlicher Wunsch, für den man auch persönliche (finanzielle) Einschränkungen neben den sowieso im

Alltagsleben schon bestehenden Einschränkungen in Kauf nehmen könnte und sollte. Hier sehe ich in erster Linie politische Möglichkeiten, das Gesundheitswesen zu entlasten und die Patientenverantwortung und -transparenz für diese Behandlung zu verstärken und eventuell bestehende Anspruchshaltungen von Patienten zu relativieren. Durch eine soziale Staffelung der Zuzahlung könnte hier zum Beispiel das Problem eines ungleichen Zugangs zur Therapie gemildert werden.

*Dipl.-med. K. Marx,
Frauenarzt, Sportmedizin,
Düsseldorf*