

Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit auch heute noch mit zunehmendem Alter größer wird. Zur Sicherstellung dieses Ziels darf der Gesetzgeber auf Grundlage von Erfahrungswerten eine generalisierte Regelung erlassen.“ Man darf also recht gespannt sein, mit welchen Argumenten die Altersgrenze jetzt wieder aufgehoben wird. Es ist ein Hohn für die 6 337 Ärztinnen und Ärzte, die seit 1999 ihre Kassennarntzulassung zurückgeben mussten, dass

- ① von über 68-jährigen Politikern keine Gefahr ausgeht
- ② Privatversicherte vor über 68-jährigen Ärzten nicht geschützt werden mussten
- ③ eine Gefahr von über 68-jährigen Ärzten nicht ausging, wenn sie in unterversorgten Gebieten weiterarbeiteten.

Es ist wohl leider anzunehmen, dass keiner der 6 337 Ärztinnen und Ärzte die Kraft und den Mut aufbringen wird, eine Schadensersatzklage einzureichen, insbesondere da man auf hoher See und vor den Gerichten in Gottes Hand ist.

Dr. med. Udo Fuchs, Burgunderweg 11 F,
22453 Hamburg

RAUCHEN

Die Bundesärztekammer hat vorgeschlagen, die Nikotinabhängigkeit als Krankheit anzuerkennen (Heft 10/ 2008: „Nikotinsucht: Kranke Raucher“ von Vera Zylka-Menhorn).

Erhebliche Bedenken

Gegen das Vorhaben, das Rauchen als Krankheit „anzuerkennen“, sind erhebliche Bedenken anzumelden, nicht nur wegen der „vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen“. Wenn Raucher durch den Nikotinkonsum gesundheitlichen Schaden nehmen und im Durchschnitt 15 Jahre früher sterben als Nichtraucher, so ist diese unnütze Angewohnheit zwar krankmachend, aber doch nicht selbst eine Krankheit! Zum Begriff der Sucht gehören für mich die tatsächliche körperliche Abhängigkeit und in Verbindung damit das Entzugssyndrom bis zum Delir. Das Fortlassen des Nikotins führt aber nur zu einer schwierigen und eventuell langwierigen

gen Phase der kribbeligen Unruhe und der Unsicherheit, was man der Hand und dem Mund statt der Zigarette anbietet. Wenn von denen, die das Rauchen aufgeben wollten, nur 20 Prozent ärztliche Hilfe gesucht haben, spricht das Bände. Eigene Erfahrung und vielfältige Beobachtungen im persönlichen Umfeld sprechen tatsächlich dafür, dass es sich eher um eine Art „Beschäftigungsneurose“ handelt, die nur nach festem Entschluss und mit eisernem Willen beendet werden kann. Das Krankenversicherungssystem darf damit nicht belastet werden!

Dr. med. Hartmut Nöldeke, Schooster Straße 31,
26419 Schortens

Widerspruch

Muss nun doch das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden? . . . Das Tabakrauchen in jedweder Form ist ein jahrhundertealter Brauch, Genuss und eine Art von gesellschaftlicher Kultur, die sich durch die Generationen fortsetzte. Nun, mehr oder weniger plötzlich, im 21. Jahrhundert, soll in unseren „illuminierten“ Häuptern die Überzeugung Fuß fassen, dass Raucher eigentlich Kranke seien. Niemand dürfte bestreiten, welche deletäre Folgen ein exzessives Inhalationsrauchen auf Dauer erzeugen kann. Wie hoch der Anteil dessen bei allen Tabakkonsumenten ist, sei dahingestellt. Desgleichen liegt jedoch auf der Hand, welche Spät- und Dauerschäden eintreten unter anderem bei der weitverbreiteten falschen (Über-)Ernährung, verbunden mit zivilisatorisch bedingtem Bewegungsmangel. Wollte man die Raucher künftig pauschal als Kranke deklarieren, müsste man bei gebotener Logik das Gleiche bei der großen als Beispiel genannten Gruppe tun. Da wären wir ja wohl ein hochprozentig „krankes“ Volk! Ich empfinde diesen fast hysterieformen Aktionismus, in dessen Strom leider viele bedenkenlos mitschwimmen, weil er „en vogue“ ist, als baren Unsinn. So denkt ein sehr alter Medicus, der einer natürlichen Evolution verbunden ist und gefährliche Überholmanöver aus Vernunftgründen vermeidet.

Dr. med. Eberhard Fricke, Dresdener Straße 7,
31275 Lehrte

INTERVIEW

Dr. jur. Rainer Hess, Vorsitzender des G-BA, spricht über die Schwerpunkte seiner nächsten Amtszeit (Heft 8/2008: „Meine Motivation ist, die gemeinsame Selbstverwaltung zu stärken“ von Jens Flintrop, Thomas Gerst und Heinz Stüwe).

Erinnerung an eine Fehlentscheidung

Herr Dr. R. Hess reflektiert in einem Interview entspannt bei einer Tasse Kaffee mit fast väterlicher Güte über die hoheitlichen Aufgaben und Ordnungsfunktionen des G-BA im ministeriellen Geflecht der aktuellen deutschen Gesundheitspolitik. Dabei stellt er die rhetorische Frage: „Nennen Sie mir eine Entscheidung des G-BA, die im Übermaß in die ärztliche Selbstständigkeit eingegriffen hätte.“ Hier sei er (und alle Leser) zumindest an eine solche Entscheidung erinnert: Mit beispielloser Beratungsresistenz, Kurzsichtigkeit und Anmaßung verbot der G-BA (damals noch Gem-BA) im Februar 2002 die Erstattung der ambulanten PET (Positronenemissionstomografie) durch die GKV (mit Geschäftsführerhaftung!), obwohl drei Konsensuskonferenzen der DGN (Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin) mit Spitzenbesetzung 1995/1997/ 2000 einen klaren, wohl dokumentierten Indikationskatalog mit einer Fülle von Daten vorgelegt haben und selbst der kritische Wissenschaftsrat eine positive Empfehlung für die PET in der GKV gegeben hat. Bis zum heutigen Tag wurde die PET (mehr als sechs Jahre) zum Schaden von Patientenversorgung und wissenschaftlicher Entwicklung in Deutschland (mit unverständlichem Staunen der internationalen Szene) in einen Dornröschenschlaf versetzt. Lediglich den pulmonalen Rundherd (resp. Bronchialkarzinom) hat man seit 1/2007 wieder zur Vergütung zugelassen. Diese Entscheidung (mit untergesetzlicher Normwirkung!) hat viele ambulante PET-Institutionen in wirtschaftliche Insolvenz gebracht und die ambulante Etablierung einer ganzen Gerätegeneration verhindert, um jetzt mit kombinierter PET-CT als Schrittinnovation und neuem State of the art einen behutsamen

Neuanfang zu versuchen. Der (vom G-BA umgesetzte) Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich versetzt Tag für Tag die niedergelassenen Fachärzte in eine wettbewerbliche Unterlegenheit und untermauert die Mehrklassenmedizin vor allem in der Onkologie (Stichwort off label use) . . .

Dr. med. Wolfgang Abenhardt, Prielmayerstraße 1, 80335 München

Erschreckend unärztlich

Leute aus der gehobenen (abgehobenen?) Funktionärschicht wie Dr. Hess sind schuld daran, dass unsere Tätigkeit durch überbordende Bürokratie immer unattraktiver, ja undurchführbarer wird. Und das Schlimmste: Dr. Hess macht es nach seinen Äußerun-

gen als Überzeugungstäter! Sein „Lieblingsthema“ sei die Entwicklung von Versorgungskonzepten, zum Beispiel wird er für das Krankheitsbild Depression die Leitlinienbewertung analysieren lassen, dann Qualitätsparameter definieren, um dann Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bei Depression zu verbessern. Herr Dr. Hess kündigt also der jahrzehntelang erfolgreichen individuellen (und wissenschaftlich begründeten) Depressionsbehandlung und redet das Wort einer Listenmedizin, die rein verwaltungsmäßig durch Abhaken von Fragebögen zur richtigen Diagnose und richtigen Behandlung führen soll. Das ist erschreckend unärztliches, aber verwaltungsjuristisch logisches Denken! Am besten geeignet zur Durchführung in anony-

men Polikliniken großer Kapitalgesellschaften, womit wir wohl beim agens movens seiner Vorschläge angekommen sind. Und im selben Atemzug mit dieser vollständigen Entmündigung des Arztberufs behauptet Herr Dr. Hess, noch nie im Übermaß in die ärztliche Selbstständigkeit eingegriffen zu haben! Diese Nebeneinanderstellung ist entweder naiv oder von Blindheit geschlagen, am wahrscheinlichsten jedoch blanke Hybris. Ich biete Herrn Dr. Hess gern eine Diskussion mit der ärztlichen Basis an, damit er nicht hinterher behaupten muss, nichts gewusst zu haben, wenn er plötzlich mit all seinen Leitlinien ohne deutsche Ärzte in unserem schönen Land allein dasteht.

Roland Leitgeb, Brüder-Becker-Straße 47, 97437 Haßfurt