

wegungsmuffel“ nach Bypassoperation nicht einen Malus erhalten sollte, z.B. in Form einer pauschalen oder geringen prozentualen Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten. Dies ist allerdings meine ganz persönliche Sichtweise, nicht die Sichtweise einer Krankenversicherung. Aus meiner Sicht ist dies mit dem Begriff der Solidargemeinschaft durchaus vereinbar, ja sogar gerechter und hat den zusätzlichen Effekt, den Patienten ganz erheblich zu motivieren, seinen eigenen wichtigen Beitrag zur Gesundheit zu leisten. Dies wiederum kommt der Solidargemeinschaft zugute.

Herr Erdmann geht sehr weit, wenn er beschreibt, dass er verstehen könne, wenn Krankenkassen Statine nur unterhalb eines bestimmten BMI erstatten und andere teure Therapieverfahren von der sichtbaren Mitarbeit der Patienten abhängig machen. Ich glaube nicht, dass dies vermittelbar ist, noch dass man damit den Patienten gerecht wird. Aber: Übermäßige und inadäquate Forderungen müssen meines Erachtens beschränkt werden. So kann es z.B. nicht sein, dass schwer Adipöse von ihrer Krankenversicherung Medikamente wie Reductil oder Xenical fordern mit Hinweis auf ihr hohes adipositasbedingtes koronares Risiko. Solche Fälle sind in der versicherungsmedizinischen Begutachtung keine Seltenheit und haben in den letzten drei Jahren ganz erheblich zugenommen, ebenso wie verkappte kosmetische Operationen.

Literatur

- ¹ Erdmann G. Gesundes Leben und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 331

Dr. R. Hakimi · Leitender Gesellschaftsarzt
HALLESCHER Krankenversicherung · Reinsberg-
straße 10 · 70178 Stuttgart
DOI: 10.1055/s-2004-823053

Erwiderung

Ganz herzlich danke ich den Kollegen Strohmaier und Hakimi für ihre kritischen Ergänzungen meines natürlich mit Absicht provokativ formulierten Artikels (1). Zweifellos gibt es sehr viele Beispiele unvernünftigen Tuns im Bewusstsein einer vermeintlichen späteren Hilfe und Wiedergutmachung durch die Solidargemeinschaft. Das erleben wir Ärzte tagtäglich; die meisten von uns haben es mehr oder weniger resigniert zur Kenntnis genommen. Da wir uns meiner Einschätzung nach jetzt aber an einem Wendepunkt der Finanzierbarkeit unserer bisherigen medizinischen Versorgung befinden, muss intensiv nach vernünftigen Sparmöglichkeiten gesucht werden. Wenn das Budget insgesamt nicht ausreicht, sollten Ressourcen dort am besten eingesetzt werden, wo man Kranken am effektivsten helfen kann. Die Pharmaindustrie wird Innovationen zukünftig immer teurer zur Verfügung stellen, da sie an den „Altmedikamenten“ nur noch relativ wenig verdient. Warum sollten wir

Typisch deutsch?

Zum Beitrag aus DMW 51 – 52/2003

Mit großem Interesse habe ich den Beitrag „Typisch deutsch?“ (1) gelesen. In der Tat kann ich in jedem Punkt nur beipflichten.

Zur Vervollständigung hätte ich noch ein weiteres Beispiel: Heute gilt die „primäre PTCA“ beim akuten ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI) als optimale Standardtherapie. Bezug genommen wird immer auf mehrere Studien aus den USA und anderen Ländern.

Die Medizingeschichte zeigt jedoch, dass bereits 2 Jahre nach Einführung der PTCA durch A. Grüntzig 1977 in der DMW von P. Rentrop hierzu ein Beitrag veröffentlicht wurde (2).

nutzbringende aber eben auch sehr teure Neuentwicklungen (wie z. B. Statine) nicht von der nachprüfbaren Mitarbeit der Patienten abhängig machen? Was spricht eigentlich dagegen? Die wirklich Bedürftigen benötigen unsere Hilfe! Bei unverändert fortgesetztem Risikoverhalten („Rauchen spart Renten“) nutzen unsere Medikamente in der Regel sowieso nur dem Hersteller.

Dieses Vorgehen kann genauso kontrovers diskutiert werden wie der 10-Euro-Zuschlag beim Besuch des Hausarztes. Erniedrigte Prämien für Nichtraucher sind in den Vereinigten Staaten gang und gäbe!

Literatur

- ¹ Erdmann E. Gesundes Leben und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 331

Prof. Dr. med. E. Erdmann · Klinikum III für Innere Medizin, Universitätsklinikum · Joseph-Stelzmann-Straße 9 · 50924 Köln
DOI: 10.1055/s-2004-823054

Leider wird diese „revolutionäre“ Arbeit nie zitiert. Somit wurde ein mittlerweile etabliertes Verfahren wiederum zum ersten Mal in der DMW publiziert.

Literatur

- ¹ Middeke M. Typisch deutsch? Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 2719
² Rentrop P, Blanke H, Wiegand V, Karsch KR. Wiedereröffnung verschlossener Kranzgefäße im akuten Infarkt mit Hilfe von Kathetern. Dtsch Med Wochenschr 1979; 104: 1401–1405

Prof. Dr. med. S. Silber · Kardiologie · Am Isarkanal 36 · 81379 München · E-Mail: silber@med.de
DOI: 10.1055/s-2004-823055