

Mehr medizinische Orientierung im deutschen Gesundheitswesen

Schon früh hat der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sondergutachten 1996) die Verkümmern der Gesundheitspolitik zur reinen Kostendämpfung beklagt. Ein Mehr an „medizinischer Orientierung“ wurde wiederholt empfohlen (<http://www.svr-gesundheit.de>). Wie passen medizinische Wirklichkeit, dargestellt in der Karikatur von Arnold aus dem Jahre 1925 (▣ Abb. 1), und Empfehlungen des Sachverständigenrats zusammen – aus dieser Frage entstehe das „ceterum censeo“.

Der Rat hat bereits 1995 unter den Zielen der Gesundheitspolitik verbesserte Partizipationsmöglichkeiten für Patienten genannt. Nach dem bekannten Schema von

Haynes (1996) müssen bei der evidenzbasierten klinischen Entscheidungsfindung externe (beste verfügbare, wissenschaftliche) und interne Evidenz (ärztliche Erfahrung) mit Patientenpräferenzen zusammenkommen und auch mit Werten, damit sind ethische, soziale, rechtliche und andere Werte gemeint.

Ceterum censeo: Wenn Zielorientierung beinhaltet, dass der informierte Patient (▣ Abb. 1) an der ärztlichen Entscheidung partizipieren und seine Präferenzen ändern soll, müssen wir ihn zuerst darüber aufklären, dass auch die früheren Preußen Kröpfe haben – tendenziell inzwischen sogar mehr als die Bayern. Das zeigen in diesem Heft Völzke und Thamm anhand der



Abb. 1 ▶ „Was i scho immer sag, Vadern, laß da doch dein Kropf operieren.“ „Ja freili, 'daß i ausschaug wia' r' a Preiß!“ (K. Arnold, Simplicissimus 1925)

Daten des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KIGGS), ebenso Feldkamp und Schumm-Draeger mit der Papillon-Studie. Die Nord-Süd-Unterschiede sind nivelliert.

Für Akzeptanz von und Compliance mit ärztlichen Empfehlungen zur Therapie, aber ebenso zur Vorbeugung ist Vertrauen erforderlich: Prävention soll nutzen und nicht schaden. Das sind Voraussetzungen für die angestrebte Nachhaltigkeit unserer Bemühungen um die Gesundheitsvorsorge. Wissenschaftliche externe Evidenz und Erfahrung (interne Evidenz) zeigen: Bedenken gegenüber der Jodprophylaxe sind unbegründet (Großklaus). Die Jodprophylaxe ist wirksam, aber noch nicht ganz ausreichend (Remer; Großklaus; Völzke u. Thamm). Schwangere und Stillende (ganz besonders sozial Schwache) benötigen vielfach zusätzlich Jodtabletten – aber die Mehrfachgabe jodhaltiger Präparate muss durch Befragung vermieden werden (Bohnet). Mit einem mittleren Jodgehalt von 178 µg/l trägt Milch zu 40% zur Jodversorgung bei (Jahreis et al.). Auch Selen

und Eisen sind für die normale Schilddrüsenfunktion erforderlich (Gärtner; alle Beiträge in diesem Heft). Der Gesundheitspolitik wird daher empfohlen, die Campagnen für die Jodprophylaxe nachhaltig zu fördern und deren Wirkung durch Versorgungsfor-schung im Sinne des regelmäßigen Monitoring kontrollieren zu lassen.

Ceterum censeo: Der eheliche Disput (Abb. 1) wäre im Jahre 2025 bei Umsetzung dieser Kenntnisse anders zu führen! Der Mann sollte keinen Kropf bekommen, er sollte auch größer und weniger übergewichtig sein. Vielleicht mag er bis dahin sogar die Preißn.



Prof. Dr. Dr. h.c. P.C. Scriba

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. h.c. P.C. Scriba



Medizinische Klinik Innenstadt,
Universität, Ziemssenstraße 1,
80336 München
peter.scriba@
med.uni-muenchen.de

Hier steht eine Anzeige.