

prävention

Zeitschrift für Gesundheitsförderung

extra

30 Jahre
prävention

3/2007 vom 21. September 2007

Das Thema Evaluation wird künftig in der Prävention und Gesundheitsförderung eine zunehmend wichtige Rolle spielen. In Kürze soll es einen neuen Entwurf für ein Präventionsgesetz geben, in dem der Evaluation der Maßnahmen ein hoher Stellenwert zugemessen wird. Wir wollen dieses Thema zum Schwerpunkt der Ausgabe 4/2007 machen. Als Einstimmung darauf stellen wir Ihnen hier einen Artikel von Dr. Wolfgang Bödeker zur Verfügung, der dem Buch „Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention“, herausgegeben von Wolfgang Bödeker und Julia Kreis, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2006, ISBN 3-86509-519-4, entnommen ist.“

Wolfgang Bödeker, BKK Bundesverband

Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention

Der Wunsch nach Legitimation und das Problem der Nachweisstrenge

Motive und Obstakel der Suche nach Evidenz

Wollte man einen treffenden, aber bereits überbeanspruchten Aphorismus nutzen, so könnte man sagen: „Ein Gespenst geht um in Europa, das Gespenst der Evidenzbasierung“. Während aber das historische Original noch eine Hetzjagd aller Mächte gegen das seinerzeitige Gespenst zu manifestieren wusste, ist die Gegenwart etwas undurchsichtiger. Gespenstisch ist: alle wollen es; die, die es könnten, sollen nicht; die, die es sollen, können es nicht!

Gesundheitsförderung und Prävention erfreuen sich derzeit hoher gesundheitspolitischer Beachtung. Die Vermeidung von Krankheiten wird nicht nur gleichbedeutend mit einer verbesserten Gesundheit und damit als eigenständiges Ziel aufgefasst, sondern auch in ihrer Bedeutung für die Reduzierung von Krankheitskosten gesehen. So wird davon ausgegangen, dass sich 20-30% der heutigen Gesundheitsausgaben durch Prävention vermeiden lassen¹. Bereits für die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen muss in Deutschland von jährlich mindestens 28 Milliarden Euro ausgegangen werden². Mit der Betonung des Nutzens der Prävention eröffnet sich gleichzeitig aber auch die Diskussion um deren Kosten. Insbesondere im betrieblichen Umfeld wird oft die Frage gestellt, ob für die versprochenen Präventionserfolge auch ausreichend belastbare Daten vorliegen und welche Erfahrungen bestimmte Maßnahmen als besonders geeignet erscheinen lassen.

Die Frage nach der Evidenz, d.h. nach dem verlässlichen Wissensstand darüber, ob mit vorgeschlagenen und angewendeten Maßnahmen tatsächlich auch die erhofften Ziele erreichbar sind, gilt inzwischen in vielen Bereichen der Medizin und Gesundheitswissenschaften als zeitgemäß. Wenig überraschend wird deshalb auch in der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur die Frage gestellt, ob die verbreitet angewendeten Maßnahmen „evidenzbasiert“ sind, sondern auch mahnend eben dies eingefordert. Der hier zu Grunde liegende Anspruch, dass nur Maßnahmen zum Einsatz gelangen, die auch wirksam sind, scheint unwidersprochen. Streit ergibt sich lediglich bei der Frage, was als evidenzbasiert angesehen werden kann und wäre vermutlich nie ausgebrochen, wenn nicht die Neigung zur Verwendung populärer Begriffe – in diesem Fall von vielen unbemerkt – ein ganzes Paradigma eingebracht hätte.

prävention extra Eine Information der Zeitschrift für Gesundheitsförderung prävention

prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung ist die erste deutschsprachige Fachzeitschrift, die sich ausschließlich mit der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention befasst. Sie erscheint seit 30 Jahren viermal jährlich; zweimal als Sammelheft und zweimal als ein Schwerpunktheft zu einem ausgewählten Thema.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost Bauch, Prof. Dr. Herbert Feser, Prof. Dr. Alexa Franke, Prof. Dr. Peter Franzkowiak, Hans A. Hüsgen, Dr. Joseph Kuhn, Peter Sabo

Redaktion: Peter Sabo, Am Sonnenberg 17, 55270 Schwabenheim, Tel. 06130 7760

Internet: www.zeitschrift-praevention.de

Bei der Erörterung, wann eine Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention erforderlich ist, warum dabei aber nicht zu streng vorgegangen werden sollte, zeigt sich oft eine Argumentation, die sich als Evidenzkaskade (Abbildung 1) veranschaulichen lässt. Hiernach beginnt alles mit einem Legitimationsproblem der Gesundheitsförderung und Prävention. Einerseits nämlich wird der inzwischen politisch akzeptierte Ausbau der Prävention zu einer der Kuration gleichberechtigten Säule von der Kritik begleitet, dass die hierdurch in Aussicht genommenen, erheblichen Kosteneinsparungen nicht zu realisieren sein werden. Andererseits wird den Krankenkassen bei ihrem finanziellen Engagement für die Gesundheitsförderung und Primärprävention ein besonderes Motiv unterstellt. Im Wettbewerb um Mitglieder ginge es ihnen weniger um die präventive Effektivität der Maßnahmen als um deren Attraktivität für gesunde Versicherte: „Die schlimmste Zeit, in der die Krankenkassen zur ‚Gesundheitsförderung‘ das Geld aus dem Fenster warfen wie beim ‚Bauchtanz auf Krankenschein‘ dürfte aber der Vergangenheit angehören“³. Aus gutem Grund geht es also allen Akteuren der Prävention um die Schaffung von Legitimation ihres Handelns.

In säkularen Wissensgesellschaften gilt als besonders legitim, was sich ausdrücklich und nachvollziehbar auf die Ergebnisse empirischer wissenschaftlicher Forschung stützen kann, mithin evident, also einleuchtend ist. In letzterer Formulierung mit deutschem Partizip beinhaltet die Aussage keinen Konfliktstoff. Die Verwendung des lateinischen Originals dagegen soll nicht nur von profunder Fremdwortkenntnis zeugen, sondern absichtsvoll die Vorstellung erwecken, Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention verstünde sich ganz so wie die große Schwester, die Evidenzbasierte Medizin (EBM). Absichtsvoll deswegen, da die EBM ihre Wertschätzung aus der Annahme schöpft, sie schütze Patienten vor unwirksamen und gefährlichen Behandlungen und lasse sich als Scheidewasser auf die Anliegen der Leistungsanbieter gießen, um notwendige und bezahlbare Leistungen von unbotmäßigen zu trennen*. Im Kontext der Evidenzbasierten Medizin hat der Begriff Evidenz allerdings eine völlig andere Bedeutung. Hier bezeichnet er – englischsprachig – nach dem naturwissenschaftlich gebräuchlichen Erkenntnisparadigma Zusammenhänge zwischen Intervention und Effekt, die durch belastbare, d.h. unverzerrte Studien „bewiesen“ wurden. Beweisbasierte Medizin würde den Anspruch der EBM deutschsprachig treffender wiedergeben, da es nicht nur um irgendwie einleuchtende Ergebnisse irgendwelcher Forschung geht, sondern darum, eine Einstufung von Ergebnissen nach erkenntnistheoretischen Qualitäten vorzunehmen.

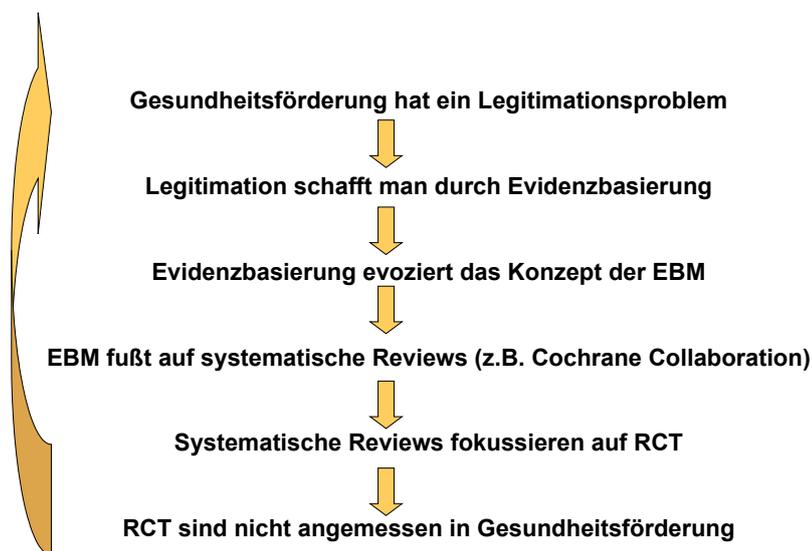


Abb. 1: Die Evidenzkaskade: ein strenger Evidenzbegriff verschärft das Legitimationsproblem der Gesundheitsförderung und Prävention

* §12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot: „(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“

Evidenz im Sinne der Evidenz basierten Medizin ergibt sich wesentlich aufgrund von systematischen Literaturzusammenstellungen (die sogenannte externe Evidenz). Dieser Aufgabe hat sich die internationale Cochrane-Collaboration so erfolgreich verschrieben, dass inzwischen die sogenannten Cochrane Reviews zum Inbegriff der EBM geworden sind. Externe Evidenz folgt aber nicht automatisch aus systematischen Zusammenstellungen der fachlich relevanten Literatur, sondern ergibt sich als eine Gesamtbewertung der Verfasser. Die Gesamtbewertung muss einem Rational folgen, wie etwa bei widersprüchlichen Ergebnissen mehrerer Studien vorgegangen werden soll und warum ggf. einzelnen Studien mehr Gewicht beigemessen werden soll als anderen. Die „Qualität“ einer Studie, aber auch die immanente Aussagekraft eines Studientyps sind daher Merkmale, die in hierarchischen Evidenzschemata zur Bewertung herangezogen werden. Kontrolliert randomisierte Studien (RCT) nehmen in diesen Schemata, den ersten Rang ein, da ihnen erkenntnistheoretisch die höchste Aussagekraft zugebilligt wird.

Kontrolliert randomisierte Studien fußen auf einem Versuchsplan mit dessen Hilfe ein beobachteter Effekt möglichst zwingend auf eine vorausgehende Intervention zurück geführt werden soll. Hier nach erfährt eine Studiengruppe eine Intervention (z.B. ein Kurs zur Gewichtsreduktion „mediterrane Küche für Anfänger“). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Beschäftigte ohne Teilnahme an dem Kurs) wird dann z.B. beurteilt, ob die Kursteilnehmer signifikant leicht gewichtiger sind. Um zu verhindern, dass an dem Kurs vornehmlich die ohnehin schlanken, aber an gutem Essen interessierten Beschäftigten teilnehmen, ein geringeres Durchschnittsgewicht also nicht Folge des Kurses wäre, erfolgt in RCT die Zuweisung der Teilnehmer zufällig („randomisiert“). Der Zufall entscheidet mithin darüber, ob jemand an dem Kurs teilnehmen darf oder nicht. Nach der Randomisierung erwartet man deshalb Strukturgleichheit der beiden Gruppen im Hinblick auf alle möglichen Einflussgrößen, mit Ausnahme der Intervention. Dieser Studienplan, der für klinische Arzneimitteltests perfektioniert wurde und höchste erkenntnistheoretische Weihen wegen der Aussicht auf unverzerrte Ergebnisse erhält, wird gleichzeitig aber kritisch gesehen. Was, wenn sich Menschen nicht randomisieren lassen möchten, da sie sich – vielleicht nach langem Zögern – endlich zu einer gesundheitsförderlichen Maßnahme entschlossen haben? Wie soll eine Kontrollgruppe aussehen, wenn die Maßnahmen komplexer Natur sind und z.B. – wie theoretisch empfohlen – die Einführung eines betrieblichen, umfassenden Gesundheitsmanagementssystems einschließlich verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen vorsehen, und von dem die gesamte Belegschaft gleichzeitig betroffen ist? Und muss das, was in einem Betrieb effektiv ist, auch auf einen anderen übertragbar sein?

Hier schließlich gelangt man an den Beginn der Evidenzkaskade zurück. Da nach Ansicht der Experten Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur kompliziert sind, sondern auch immer komplexer Interventionen bedürfen, seien RCT hier nicht angemessen. Also kann das Legitimationsproblem der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Evidenzbasierung nicht behoben, sondern nur verschärft werden. Hier scheinen zwei Auswege genommen zu werden. Entweder man meidet den Begriff Evidenzbasierung oder man füllt ihn mit anderen Inhalten. Leider nur verliert man in beiden Fällen auch den Nimbus.

Der Reiz dieser kaskadenartigen Argumentation besteht darin, dass sie die Positionierung in einer kontroversen Diskussion erleichtert. Das Verstehen der zugrunde liegenden Probleme wird aber nachhaltig erschwert, da hierfür zunächst zu prüfen wäre, ob die Antworten nicht leichtfertig gegeben wurden. Denn, stimmt es eigentlich, dass

- Systematische Reviews auf RCT fokussieren?
- RCT in der Gesundheitsförderung und Prävention unangemessen sind?
- RCT der Königsweg zur Evidenzbasierung ist?
- Es spezielle Verfahren der Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention geben muss?

Bedeutung und Angemessenheit von RCT in Gesundheitsförderung und Prävention

Die Frage, ob systematische Reviews nach dem Verständnis der Evidenz basierten Medizin auf randomisiert kontrollierte Studien (RCT) fokussieren, lässt sich mit einem entschiedenen „Jein“ beantworten: „Evidence based medicine is not restricted to randomised trials and meta-analyses. It involves tracking down the best external evidence with which to answer our clinical questions. ... It is

when asking questions about therapy that we should try to avoid the non-experimental approaches, since these routinely lead to false positive conclusions about efficacy. Because the randomised trial, and especially the systematic review of several randomised trials, is so much more likely to inform us and so much less likely to mislead us, it has become the „gold standard“ for judging whether a treatment does more good than harm. However, some questions about therapy do not require randomised trials (successful interventions for otherwise fatal conditions) or cannot wait for the trials to be conducted. And if no randomised trial has been carried out for our patient's predicament, we must follow the trail to the next best external evidence and work from there.”⁴

Während also grundsätzlich andere als auf RCT basierte Ergebnisse in den systematischen Literaturzusammenstellungen Berücksichtigung finden können, ist nach dem Selbstverständnis der EBM klar, dass besondere Wertschätzung nur die RCT erfahren. Gleichwohl überlässt es die Cochrane Collaboration ihren Fachgruppen, ob dort betreute Reviews ausschließlich RCT oder auch andere Studiendesigns berücksichtigt werden. Diese prinzipielle Offenheit reflektiert gegenwärtig auch in der Collaboration stattfindende Diskussionen um die Angemessenheit von RCT in bestimmten Interventionsfeldern. Kritiker können daher einen EBM nahen Ansatz bei der Evidenzbasierung von Gesundheitsförderung nicht einfach mit dem Einwand eskamotieren, dieser würde zwingend auf RCT setzen.

Dieser Einwand verfinde ohnehin nur, wenn RCT grundsätzlich als unangemessen in der Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden müssten. Dass dem nicht so ist, zeigt bereits ein rascher Blick in die Literatur. Typologisch besteht eben auch kein Unterschied, ob etwa die Wirksamkeit von ergonomischen Interventionen zur Reduzierung von Nackenschmerzen bei Beschäftigten an Bildschirmarbeitsplätzen untersucht wird, oder die Wirksamkeit des Arzneimittels x zur Schmerzbekämpfung bei Migränepatienten. In beiden Fällen handelt es sich um klare Spezifikationen, welche Intervention, mit welchem Ziel, in welcher Population untersucht wird. Je spezifischer die vermutete Ursache-Wirkungsbeziehung, desto einfacher die Bewertung ihrer empirischen Richtigkeit. Obwohl inzwischen auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung von der Notwendigkeit randomisierter Studien gesprochen und auf die Rolle der Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org) bei der Verbreitung des Experiments als Mittel der Sozialforschung verwiesen wird⁵, findet sich für die Gesundheitsförderung auch grundlegende Ablehnung: „Ein Evidenzbegriff, der wie in der Medizin so eng verknüpft ist mit dem naturwissenschaftlichen Experiment, ist für Gesundheitsförderung fragwürdig. Die RCT gilt dort als unangemessen, ja sogar kontraproduktiv. ... Gesundheitsförderung erfordert einen Evidenzbegriff, der die multidimensionalen Aspekte von Gesundheitsförderung erfasst und die holistische Sicht von Gesundheit berücksichtigt.“⁶ Es kann bezweifelt werden, ob diese Aussage, die immerhin den Leitbegriffen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung entstammt und entsprechend oft zitiert wird, zu Ende gedacht werden soll. Wollte man nicht, so die „holistische Sicht von Gesundheit“ ein besonderes Qualitätsmerkmal ist, eben dieses auch im Evidenzverständnis der medizinischen Kuration walten sehen? Und wären dann nicht RCT auch dort kontraproduktiv? Und wollte man sie dann auch bei der Prüfung von Arzneimitteln für verzichtbar halten?

Das Zitat weist aber noch auf eine zweite Argumentationsfigur. Hiernach handelt es sich bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung oft um komplexe soziale Interventionen, die als solche stets kontextabhängig und in gewissem Maße durchführungsoffen sind. Was die Komplexität dieser Interventionen ausmacht wird unterschiedlich gesehen. Einerseits wird darauf verwiesen, dass komplexe Interventionen nicht in einer spezifisch abgrenzbaren Maßnahme, wie einem Kurs zu Reduktion des Tabakrauchs, bestehen. Vielmehr ginge es um ein Bündel von Maßnahmen, die häufig auch erst in Folge einer Systemänderung eingesetzt würden. Die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements etwa oder die Umsetzung des Gesunde Städte Programm der WHO mögen als Beispiele dienen. Andererseits kann eine komplexe Intervention auch über die Endpunkte charakterisiert werden. Die Reduktion der Raucherprävalenz etwa könne allenfalls ein, sicher aber nicht der einzige interessierende Endpunkt einer komplexen Intervention sein, durch die auch unvorhersehbare, erst mit großer Verzögerung eintretende Änderungen bewirkt werden könnten. Die Stabilisierung des Systems Betrieb A oder Stadt B könnte zudem ein Effekt der Intervention sein und wäre als solcher nur in kontrafaktischen Szenarien beurteilbar.

Was bedeuten komplexe Interventionen nun für die Forderung nach harter Evidenzbasierung? Grundsätzlich stellen diese keine besonders hohen Anforderungen an die Methodiker. Es kann nämlich z.B. die komplexe Intervention in ihren Einzelbestandteilen als „Black Box“ verstanden werden. Als Kontrollen taugten dann Betriebe oder Städte ohne entsprechende Programme und sogar eine zufällige Allokation zu Interventions- und Kontrollgruppe (die so genannte Clusterrandomisation) wäre möglich. Der Komplexität angemessen könnten schließlich a priori mehrere interessierende Endpunkte festgelegt werden. Dass sich Betriebe oder Städte nicht randomisieren lassen wollen oder dass es schwierig sein kann, geeignete Kontrollgruppen zu finden, ist dann eine Komplikation des Alltags, aber kein grundsätzlicher Einwand gegen eine (randomisiert)-kontrollierte Studie komplexer Interventionen. Ein anderer Zugang zur Evidenzbasierung bestünde in dem – in Experimentalwissenschaften verbreitetem – Prinzip der Reduktion von Komplexität. Hier nach würde die komplexe Intervention in ihren Einzelmaßnahmen z.B. dem Nichtraucherkurs evaluiert. Eine Evidenzbasis ergäbe sich dann hierfür einschließlich der möglichen Erkenntnis, dass ein solcher Kurs unter dem Regime einer komplexen Intervention wirkungsvoller ist als ohne, oder eben auch nicht. Reduktion von Komplexität bedeutet aber auch, Antworten zu erhalten auf Fragen, die man gar nicht gestellt hat.

Die Unangemessenheit von RCT und damit also des „harten“ Ansatzes der Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention wird schließlich oft mit dem Hinweis der Kontextabhängigkeit der Interventionen bezeugt. Gemeint ist damit, dass der Erfolg von präventiven Maßnahmen abhängig ist, von den Bedingungen, unter denen sie durchgeführt werden. So seien etwa Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf die organisatorischen Besonderheiten eines jeden Betriebs abzustellen und könnten entsprechend recht unterschiedliche Wirkungen entfalten. Würde man die spezifischen Kontexte bei der Evidenzbasierung ausblenden, so könnten Maßnahmen als wenig wirksam eingeschätzt und von deren Einsatz fälschlicherweise abgeraten werden.

Aus Sicht der Wirkungsforschung liegt hier ein Kategorienfehler vor, denn unter dieser Prämisse ist die bewertete Intervention nicht mehr der besagte Nichtraucherkurs, sondern der Nichtraucherkurs im Betrieb A unter den Bedingungen des Jahres x. Berücksichtigung von Kontextabhängigkeit bedeutet also lediglich die Änderung – insbesondere die Verfeinerung – der Fragestellung. Je mehr wirkungsbeeinflussende Kontextfaktoren berücksichtigt werden, desto geringer ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Hinsichtlich des Nichtraucherkurses im Betrieb könnte daher aufgrund der guten Erfahrung des Vorjahres nicht schon die Wiederholung im Folgejahr empfohlen werden. Epistemologisch wäre damit die Gesundheitsförderung bei einem Heilversuch angelangt, in dem die Interventionsgruppe auf einen einzigen Patienten zusammengeschnitten ist.

Kontextabhängigkeit ist kein Alleinstellungsmerkmal der Gesundheitsförderung und Prävention. Unter diesem Aspekt wurde die Opposition zu RCT in der Vergangenheit weit vernehmlicher aus der Alternativ- und Komplementärmedizin verlautet. Am Beispiel der Homöopathie z.B. lässt sich veranschaulichen, dass die Endpunkt-Orientierung der RCT ein Problem darstellt: „Ein Symptom, wie zum Beispiel der Kopfschmerz, ist hier kein isoliert zu betrachtendes Geschehen, sondern er ist Ausdruck einer Störung des Inneren Gleichgewichtes. ... Das Ziel der Behandlung ist nicht, den Kopfschmerz zum Verschwinden zu bringen, sondern der gesamten Person zu einem besseren Zustand zu verhelfen“⁷. Da die Behandlung in der Homöopathie aber eine Patienten individuelle sei, stellt jeder Behandlungsfall einen eigenen Kontext dar, der sich einer kontrollierten Studie entzieht. Die Analogie der Argumentation ist frappant. So wie die Alternativ- und Komplementärmedizin in Anspruch nimmt, nicht auf das Verschwinden eines Symptoms zu zielen, sondern auf die Stärkung der Regulationskräfte, so lässt sich anhand der Ottawa Charta deuten: „Gesundheitsförderung beeinflusst Gesundheit nicht direkt, sondern über Veränderungen der Determinanten von Gesundheit.... Sind entsprechende Interventionen gelungen, ist das Ergebnis ein erfolgreicher Empowermentprozess, der zu veränderten Strukturen (Lebenswelten) führen kann.“⁶.

Dies kompliziert die Dinge. Für die Evidenzbasierung ist damit nämlich nicht mehr klar, ob Gesundheitsförderung als Intervention oder als Endpunkt betrachtet werden soll.

Gesundheitsförderung als Intervention oder Ziel?

Vom Standpunkt der Evidenzbasierung muss von einer erheblichen theoretischen Unbestimmtheit der Gesundheitsförderung gesprochen werden. Logisches Rasonieren verlangt nun einmal, dass die Ursache einer Wirkung vorausgeht und dass mithin das eine vom anderen zu unterscheiden ist. Bislang wurde in diesem Beitrag oft von „Gesundheitsförderung und Prävention“ in einem Atem gesprochen. Trotz der Kenntnis der grundsätzlichen Verschiedenartigkeit dieser Handlungsansätze geschah dies aus der impliziten Annahme, auch Gesundheitsförderung müsse sich schließlich an verringert Morbidität messen lassen. Das ist strittig.

Nach wissenschaftlichem Verständnis umfasst primäre Prävention alle spezifischen Aktivitäten mit dem Ziel, die Neuerkrankungsrate einer Erkrankung in einer Population zu senken. Gesundheitsförderung dagegen „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (8). Im Zentrum der Gesundheitsförderung steht nach der Ottawa-Charta also die Förderung gesundheitlicher Ressourcen und gesundheitsförderlicher Strukturen, wofür fünf Strategie vorgeschlagen werden. In ihrer aktuellen Resolution formuliert die WHO wie folgt: „Mindful of the clear evidence that

- comprehensive approaches that use combinations of the five strategies are most effective
- certain settings offer practical opportunities for the implementation of comprehensive strategies
- people have to be at the centre of health promotion action and decision-making processes if they are to be effective
- access to education and information is vital in achieving effective participation and the empowerment of people and communities
- health promotion is a key investment and an essential element of health development“.

Damit gibt die WHO die Evidenz für ihren Ansatz klar vor. Gleichzeitig aber fordert sie die Mitgliedsstaaten auf, eine Evidenz basierte Gesundheitsförderung umzusetzen und dabei „the full range of quantitative and qualitative methodologies“ zu nutzen. Das ist verwirrend, denn wenn von der Evidenz für die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung ausgegangen wird (und die Ottawa Charter vielleicht sogar aufgrund einer Evidenzbasierung entwickelt wurde), warum soll das dann immer wieder gezeigt werden? Es bleibt daher unklar, ob die Gesundheitsförderungsstrategien die Interventionen sind, deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduktion von Morbidität bewertet werden müssen. Oder, ob die Strategien die Endpunkte sind, anhand derer die Erfolge von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gemessen werden. Dann wäre es sinnvoll, Maßnahmen für Evidenz basiert zu halten, sofern sie z.B. die Partizipation der Beschäftigten in Betrieben erhöhen, selbst wenn sich dadurch das Krankheitsgeschehen nicht änderte.

Als Zwischenergebnis sollte, so lange die Rolle der Gesundheitsförderung unbestimmt bleibt, im Hinblick auf die Evidenzbasierung nicht länger gleichzeitig von Gesundheitsförderung und Prävention gesprochen werden.

Fazit

Die Kontroverse, was als angemessenes Vorgehen für eine Evidenzbasierung von Gesundheitsförderung und Prävention zu verstehen ist, lässt sich im Kern auf eine allgemeine philosophische Diskussion zurück führen. Mit Evidenz wird die Verlässlichkeit eines beobachteten Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs beschrieben. Was als verlässlich gilt, ist eine erkenntnistheoretische Frage und wird im Rahmen eines erkenntnistheoretischen Konzeptes beantwortet. Ein Konzept wiederum begründet die Angemessenheit und ggf. Hierarchie der Nachweismethoden. Manche dürften sich erinnern, dass noch in jüngerer Zeit im „Positivismusstreit“ – verkürzt gesagt – Befürworter einer experimentellen Wahrheitsfindung den Anhängern „nicht naturwissenschaftlicher Erkenntniswege“ unveröhnlich gegenüber standen. Im Vergleich hierzu wird die derzeitige Debatte reichlich theoriearm geführt. Vieles deutet allerdings darauf hin, dass sich die ehemals gegensätzlichen Positionen philosophisch unbemerkt aufgelöst haben oder auch nur, dass die wahrgenommene Gegensätzlichkeit nie existierte. Für das Bemühen um Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention ist dies indes bedeutend. Falls die EBM-Methodik (mit RCTs an der Spitze der Evidenzhierarchie)

nämlich als Königsweg der Erkenntnis gilt, dann kann man die Komplexität der Interventionen, die Unmöglichkeit zur Randomisierung oder gar zur Kontrolle als Hindernisse sehen, die man eigentlich zu vermeiden bzw. zu überwinden trachtet. Falls aber erkenntnistheoretisch von anderen, gleichberechtigten Erkenntniswegen ausgegangen wird, dann bleiben zwei Pole erhalten und es müssten sich – sogar bei gegebener Möglichkeit zur Randomisierung – Alternativen zu RCT ergeben. Im ersten Fall ginge es mithin um die Verbesserung des Studiendesign, im zweiten um die Etablierung neuer Verfahren der Evidenzbasierung.

In jedem Fall sollte man es sich nicht zu einfach machen. David Hilbert bringt zum Ausdruck, dass man ein Problem erst kennen sollte, bevor man es löst: „... die Forderung der Strenge, die in der Mathematik bekanntlich von sprichwörtlicher Bedeutung geworden ist, entspricht einem allgemeinen philosophischen Bedürfnis unseres Verstandes, und andererseits kommt durch ihre Erfüllung allein erst der gedankliche Inhalt und die Fruchtbarkeit des Problems zur vollen Geltung. ... Zudem ist es ein Irrtum zu glauben, dass die Strenge der Beweisführung die Feindin der Einfachheit sei.“⁹

Literatur:

- 1 Walter U, Schwartz FW. Gutachten - Prävention im deutschen Gesundheitswesen. 1-44. 2000. Medizinische Hochschule Hannover
- 2 Boedeker W, Friedel H, Röttger C, Schröer A. Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2002
- 3 (diabetes news) <http://www.diabetes-news.de/apotheke/nachrichten/pa021104.htm> (31.1.2006)
- 4 (Sackett et al. 1996)
- 5 Fitz-Gibbon (2004)
- 6 Ruckstuhl B 2003. Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In BZgA (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung
- 7 Ivanovas G 2001. Doppelblind bei alternativen Heilverfahren. Deutsches Ärzteblatt 98. A822-A852
- 8 Ottawa-Charta, WHO 1986
- 9 David Hilbert zitiert nach S Hildebrand 1992. Wahrheit und Wert mathematischer Erkenntnis. Carl Friedrich von Siemens Stiftung. Themen Lix

Inhalt der aktuellen Ausgabe 3/2007 der Zeitschrift für Gesundheitsförderung „Prävention“

Johano Strasser

Hoffnung mit Trauerflor

Joseph Kuhn, Manfred Wildner, Andreas Zapf

Ethische Probleme in der Gesundheitsberichterstattung

Elisabeth Horstkotte

Soziale Ungleichheit und Entwicklungschancen von Kindern in Bremen

Kordula Marzinzik, Sabine Kluwe

Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternkurse

Hans Joachim Lincke, Ulrich Stöbel

Gesundheitsförderung im Setting Universität aus Sicht von Schlüsselpersonen

Laura Kouznetsov et al.

HIV/AIDS-Prävention bei Immigranten aus der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland

Carl-Werner Strohe

Innovative Entwicklungen in der stationären Demenzprävention