

4.3 Überführung von evidenzbasierten Informationen in reale Entscheidungen: Theorien, Verfahren und Beispiele

Norbert Schmacke

4.3.1 Der Evidenzzzyklus

Nach den Analysen der vorausgegangenen Kapitel darf in einer Zwischenbilanz als gesichert angenommen werden, dass der Kreislauf von der Entstehung wissenschaftlich fundierter und praxisrelevanter Public-Health-Forschung über deren Kommunikation in den öffentlichen Raum bis hin zum Aushandeln von Handlungsansätzen und deren Sanktionierung durch Politik und Gesetze alles andere als selbsterklärend ist und seinerseits ein bedeutendes Feld für empirische Forschung darstellt. Es geht um weitaus mehr als um das gern diskutierte Theorie-Praxis-Gefälle. Die Sisyphusarbeit, die vor Public Health steht, wird vielleicht mit einer Anleihe bei Konrad Lorenz deutlich, dem folgendes Zitat zugeschrieben wird:

Gesagt ist nicht gehört,
gehört ist nicht verstanden,
verstanden ist nicht einverstanden,
einverstanden ist nicht durchgeführt,
durchgeführt ist nicht beibehalten.

4.3.2 Widersprüchliche Botschaften

Gerade für ein Thema wie Adipositas ist offensichtlich, dass Medikalisierungsinteressen und

Vermachtung der Kommunikationsprozesse dem Prinzip der Aufklärung diametral gegenüberstehen. Dies sei beispielhaft wie folgt illustriert. Im April 2009 wurde die Rezeptpflicht für einen so genannten Lipasehemmer mit dem generischen Namen Orlistat aufgehoben, es ist (in reduzierter Dosis) damit frei verkäuflich. Das Medikament greift in den Fettstoffwechsel ein und soll für eine nachhaltige Optimierung der Kalorienbilanz sorgen. Die Herstellerfirma ließ auf einer begleitenden Pressekonferenz den momentanen Präsidenten der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft wie folgt zu Wort kommen: „Uns bleibt angesichts dieser Situation gar nichts anderes als eine gemeinsame Anstrengung aller Heilberufe übrig. Mit dem Problem des Übergewichts tickt eine Zeitbombe, die das Gesundheitssystem ins Wanken bringen könnte! ... Wenn Orlistat in dieser Dosierung freiverkäuflich wird, kommt den Apotheken demnächst eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Fettleibigkeit zu“ (Presseportal 2009). Eine derartige Botschaft – verstärkt durch Medien wie die Apothekenumschau und die Ärztezeitung – findet allemal mehr Gehör als die nüchterne Bilanz des arznei-telegramms, eines Sprachorgans der evidenzbasierten Pharmakotherapie: „Der jetzt rezeptfrei als ALLI vermarktete Lipasehemmer Orlistat senkt das mittlere Körpergewicht in den zugelassenen sechs Anwendungsmonaten geringfügig um

zwei bis zweieinhalb Kilogramm. Nach Absetzen von Orlistat steigt das Gewicht wieder an. Unangenehme und beschämende Störwirkungen wie Stuhlinkontinenz oder Blähungen mit Stuhlabgang sind häufig oder sehr häufig. Das Geld und die unangenehmen Erfahrungen mit ALLI kann man sich sparen: Nicht kaufen“ (arznei-telegramm 2009). Wem darf also der moderne Mensch vertrauen? Auf der einen Seite findet das Publikum professionell in Szene gesetzte „Experten“, die häufig mehr oder weniger verhüllt lediglich das Marketing der Industrie befördern, auf der anderen Seite sperrige analytische Texte in zudem nicht ohne Weiteres zugänglichen wissenschaftlichen Zeitschriften. Fast liegt die Antwort auf der Hand: Das Label „Experte“ ist ein außerordentlich wirksames Mittel, in den Prozess der Vertrauensbildung einzugreifen.

4.3.3 Adipositas: Die Voraussetzungen für Aufklärung und Rationalität sind denkbar schlecht

Evidence-based Public Health tritt mit dem ausdrücklichen Anspruch an, in die laufenden gesellschaftlichen Debatten um Gesundheitsthemen durch Konfrontation mit Wissensbeständen und Wissenslücken „System zu bringen“. Dabei sind völlig unterschiedliche Konstellationen denkbar. Aus wissenschaftlicher Sicht lassen sich zwei besonders problematische Situationen beschreiben.

Das Prinzip der Rationalität bekommt es damit zu tun, dass exzellente Evidenz auf große Widerstände in der Praxis stößt. Dieses Muster findet sich in der Medizin sehr häufig, wenn Zurückhaltung in Diagnostik und Therapie geboten ist (z.B. bei unkomplizierten Rückenschmerzen; vgl. Kapitel 5.3), in den Routinen der Versorgung aber „Nachsehen und Handeln“ fest verankert sind.

Trotz gravierender Evidenzlücken findet ein Thema hohe gesellschaftliche Akzeptanz.

Dieses Muster findet sich in der Medizin sehr oft, wenn Verfahren „plausibel“ wirken. Dies gilt beispielsweise für Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzen dramatisch überschätzt wird, weil in der Intuition von Laien und Ärzten „früh“ automatisch mit „gut“ assoziiert wird (vgl. Kapitel 5.2).

Nun ist und bleibt es das klassische Merkmal von Wissenschaft, gewonnene Erkenntnisse zu publizieren und darauf zu vertrauen, dass die Praxis diese aufnimmt – und dann allzu oft darüber zu klagen, dass der Praxis-transfer „verspätet“ stattfindet. Dabei gerät aus dem Blickfeld, dass Praxis nicht nur deshalb ein gespanntes Verhältnis zur Wissenschaft hat, weil sie nach einfachen Lösungen ruft, die Wissenschaft in der Regel nicht anzubieten hat, oder weil Praxis von Partikularinteressen bestimmt wird. Es bleibt vor allem in der wissenschaftlichen Reflexion häufig völlig außen vor, warum Praxis so oft an Konzepten festhält, für die es keine wissenschaftlichen Belege gibt, sondern die ausschließlich auf Plausibilität oder Zeitgeistgedanken basieren. Dies ist im Falle der Skandalisierung der Übergewichtsthematik offenkundig der Fall. „Trotz“ des seit Jahrzehnten zu verzeichnenden allmählichen Anstiegs des durchschnittlichen BMI in den Bevölkerungen vieler Staaten ist die durchschnittliche Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen. Nach einer jüngsten systematischen Übersicht ist entgegen den Kernbotschaften der momentanen Debatte bei Übergewicht (BMI über 25 bis 29,9) die Gesamtsterblichkeit nicht erhöht, und erst bei hochgradiger Adipositas kann die Gesamtmortalität um mehr als 200% erhöht sein. „Die Frage, ob alle Menschen oberhalb eines definierten BMI abnehmen sollen, kann ... nicht beantwortet werden. Hierzu sind randomisiert-kontrollierte Studien notwendig, mit denen die Effektivität gewichtsreduzierender Interventionen untersucht wird“ (Lenz et al. 2009). Also fällt der – prinzipiell ja nicht auszuschließende – Effekt auf gesundheitliche Langzeitfolgen jedenfalls nicht so stark aus, wie es die apokalyptischen Bilder einer Adipositas-Epidemie Glauben machen wollen. Nur auf den ersten Blick könnte

deshalb verwirren, dass in der gesellschaftlichen Debatte um das Ausmaß von Übergewicht und dessen Folgen die öffentliche Debatte überwiegend expertengetrieben verläuft – die Vertrauensbildung funktioniert alles in allem ausgezeichnet. Es bleibt wichtig, sich noch einmal kondensiert vor Augen zuführen, dass eine Reihe von Kernfragen in der Adipositas-Debatte bislang zu kurz kommt.

- Es gibt erhebliche Differenzen zwischen Wissenschaft und Politik bezüglich der Relevanz des Themas: Benutzt Politik bereits den Begriff der Epidemie, fragt skeptische Wissenschaft, wie gut die Belege für das Herausstellen eines gravierenden gesundheitlichen Problems am Ende überhaupt sind (z.B. Bedeutung der Festlegung von Cut-off-Werten für Übergewicht und Adipositas).
- Stützt Politik sich in ihren Programmatiken stark auf vorhandene Leitlinien von Fachgesellschaften der Ernährungsphysiologie und -pathologie, weisen skeptische Wissenschaftler auf die unzureichende Evidenzbasierung der gängigen Leitlinien zur Ernährung hin (Marantz et al. 2008; Woolf/Nestle 2008; Gardner et al. 2007).
- Geht Politik davon aus, es mangle vor allem an Handlungsprogrammen und beansprucht zunehmend sogar nationale Verantwortung (so The Surgeon General's Call to Action to Prevent and Decrease Overweight and Obesity und der Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz wie des Bundesministeriums für Gesundheit) so zeigt sich, dass es an kontrollierten Studien zur Unterfütterung von primärpräventiven Ansätzen hapert (s. z.B. Ahrens et al. 2008). Beiden genannten nationalen Kampagnen ist der „Kreuzzug gegen Fette“ eigen (Schmidt-Semisch/Schorb 2008). Sie argumentieren gegen eine drohende Epidemie und reihen Übergewicht de facto in

den Formenkreis gefährlicher Erkrankungen ein. Mitchell und McTigue (2008) haben darauf hingewiesen, dass der Begriff der Epidemie hierbei eine ausgesprochen starke Metapher darstellt, die vermutlich auch auf die öffentlichen Debatten über Gewicht, Übergewicht und Erkrankungen einen Effekt ausübt und insofern alles andere als ein „unschuldiger“ Begriff ist.

- Ein ausdrücklicher Einsatz von partizipativen Verfahren, im Kontext von „Adipositas“ ist bisher nicht zu verzeichnen – allen Beschwörungen der Bedeutung lebensweltlicher Ansätze der Gesundheitsförderung zum Trotz. Die Öffentlichkeit wird als reiner Empfänger der Gesundheitsbotschaften gesehen, und zwar gleichermaßen durch Mainstream-Wissenschaft, Politik, Ärzteschaft, Krankenkassen und Massenmedien. Auch gut gemeinte Gesundheitskampagnen zu Ernährung und Bewegung werden von einem mehr oder weniger offenkundigen Missionsdrang geprägt. Insofern gewinnt die Analyse von Klotter in diesem Buch (S. 171ff.) an Schlagkraft: Es handelt sich eher um Pädagogisierung als um Empowerment. Anstelle der Gesundheitskampagne wären womöglich erst einmal vor allem Diskussions- und Kommunikationsprozesse unter dem Aspekt der Entstigmatisierung von Übergewicht und „Dicken“ an der Tagesordnung. Dies ist momentan aber die Botschaft des Rufers in der Wüste.

4.3.4 Zwischenfazit: Evidenz wird erst im gesellschaftlichen Kontext lebendig

Sowenig wie Wissenschaft generell in „stiller Trauer“ oder gar Empörung verharren darf, wenn die Praxis ihre Ergebnisse nicht umsetzt, sowenig kann Evidence-based Public Health dabei stehenbleiben, Erkenntnis- und Umsetzungsbarrieren als lästig zu bewerten: Sie sind

vielmehr Ausdruck komplexer gesellschaftlicher Prozesse in den Feldern Wissensgenerierung und Handlungslegitimation. Ein besonders wichtiges Lernfeld für Public Health müsste – anders formuliert – deshalb künftig genau darin liegen, noch intensiver darüber zu forschen, wie im Falle der großen Gesundheitsthemen zu Prävention, Kuration und Rehabilitation in den notwendigerweise verkürzten gesellschaftlichen Debatten am Ende das handlungsleitende Vertrauen entsteht (Luhmann 2000). Luhmann hat im Rahmen seiner Systemtheorie argumentiert, dass Gesellschaften und Menschen nicht ohne die jeweiligen Komplexitäten abkürzende Verfahren auskommen können, und dies scheint gerade für Gesundheitsthemen ein zentraler Punkt zu sein. Vereinfacht gesagt: Luhmann weist auf die für Wissenschaftler nicht unbedingt angenehme Erfahrung hin, dass gesellschaftliches Handeln niemals ohne reduktionistische Verfahren zustande kommt und dass die intellektuellen Diskurse erst durch die Einbindung in Vertrauensbeziehungen ihre Wirksamkeit entfalten können. So ist eine Tatsache, dass in einer extrem medikalisierten Gesellschaft ärztliche Experten häufiger als sinnvoll ins Feld geführt und zitiert werden, wenn nach gesundheitsbezogenen Lösungen gesucht wird: Die ärztliche Autorität stiftet Vertrauen, ganz unabhängig von der jeweils zugrunde liegenden wissenschaftlichen Expertise. Ganz nach dem Motto: Wem sollen wir denn sonst vertrauen? Das damit angesprochene Machtgefälle zwischen verschiedenen Fachberufen sowie zwischen Experten und Laien wurde insofern vermutlich von Vertretern des kritischen Diskurses wie dem Philosophen Habermas (s.u.) für die hier diskutierten Gesundheitsthemen deutlich unterschätzt.

Eine weitere Deutungsmöglichkeit für das Spannungsverhältnis von Evidenz und Handeln liegt in dem Bild des „Magischen Dreiecks“ von Rationalität, Werten und Ressourcen (Schmacke 2004): Die mittels hochwertiger Methodik ermittelte Evidenz zu gesundheitsbezogenen Themen deckt sich weder automatisch mit den jeweils dominierenden Wert-

vorstellungen noch ist sie per se in der Lage, für eine angemessene Zuweisung materieller Ressourcen („Bedarfsgerechtigkeit“) zu sorgen. Für das Thema Adipositas jedenfalls gilt: Es handelt sich um ein Katastrophenszenario, das sich momentan jedenfalls dem kritischen Diskurs noch weitgehend entzieht. Da helfen auch besonnene Datenanalysen wenig, welche davor schützen könnten, Adipositas global zu einem Gesundheits- und Kostenthema zu stilisieren (s. die in Kap. 4.2 zitierte Literatur).

4.3.5 Lösungen über wissenschaftliche Diskurse hinaus

Da offenkundig ist, dass in einer demokratischen Gesellschaft komplexe Themen immer mehr oder weniger ersichtlich zwischen Interessengruppen verhandelt werden, stellt sich – nicht etwa nur bei gesundheitlichen Themenstellungen – die Frage, wie der Prozess des gesellschaftlichen Diskurses sowohl unabhängig von den rechtlich legitimierten Institutionen wie in den Institutionen transparenter und näher an der jeweiligen Evidenz organisiert werden kann. Dabei spielt das Konzept der deliberativen Verfahren seit etwa 20 Jahren eine herausgehobene und auch für den Public-Health-Diskurs wichtige Rolle. Deliberare (lateinisch) heißt erwägen, abwägen, argumentativ einschätzen. Kennzeichnend für das Modell der deliberativen Demokratie sind neue Formen der Partizipation, bei denen nicht nur Teilnahme und Abstimmung stattfinden, sondern praktisch-politische Vernunft in Argumentationsprozessen betätigt wird. Verschiedene Ansätze von Deliberation sind bereits erprobt: Dies gilt für Abstimmungen, Jurys, Konsenskonferenzen und unterschiedliche Formen von Workshops und Zukunftswerkstätten (Ozanne et al. 2009). Von den am Diskurs Beteiligten werden dabei stets Begründungen gefordert, die zur Transparenz der politischen Absichten und zur Abwägung (Deliberation) verpflichten: „Dieses demokratische Verfahren stellt einen

internen Zusammenhang zwischen Verhandlungen, Selbstverständigungs- und Gerechtigkeitsdiskursen her und begründet die Vermutung, dass unter solchen Bedingungen vernünftige bzw. faire Ergebnisse erzielt werden“, so der schon zitierte Philosoph Habermas (1999: 286). Und weiter: „Die sozialintegrative Gewalt der Solidarität, die nicht mehr allein aus Quellen des kommunikativen Handelns geschöpft werden kann, soll sich über weit ausgefächerte autonome Öffentlichkeiten und rechtsstaatlich institutionalisierte Verfahren der demokratischen Meinungs- und Willensbildung entfalten und gegen die beiden anderen Gewalten, Geld und administrative Macht, behaupten können“ (ebd.: 289). Die Relevanz dieser Ausführungen für Public Health liegt insbesondere dort auf der Hand, wo komplexe Interventionen in die Gesundheit der Bevölkerung hinein als gerechtfertigt angesehen werden, sei es vonseiten der Wissenschaft, gesellschaftlicher Interessengruppen oder der Politik (Culyer/ Chalmers 2006). Die gesundheitspolitische Generaldebatte um die Risikofaktoren Ernährung, Bewegung und Sucht- bzw. Genussstoffe zeigt auf den ersten Blick die Attraktivität des deliberativen Modells. Es handelt es sich nämlich um eine „never ending story“, bei der ein hoher Bedarf an Selbstverständigung und Meinungsbildung erforderlich ist, insistiert man nicht in naiver Weise auf potenziell gefährlichen Konzepten der „Steuerung“ menschlichen Verhaltens. Klotter zeigt in seinem Beitrag, wie sich das Thema Adipositas durch die dokumentierte Menschheitsgeschichte zieht und immer wieder aufs Neue Phantasien zwischen Tolerieren und Ausgrenzen freigesetzt hat. Deliberation würde demgegenüber darauf beharren, zu allererst die Rechtfertigung für die gesellschaftliche Beschäftigung mit dem Thema Übergewicht auf den Prüfstand zu stellen – und damit möglicherweise den massiven moralischen Druck, der auf dem Thema lastet, erheblich zu reduzieren.

Am häufigsten werden deliberative Verfahren im Gesundheitsbereich bisher bei dem Generalthema „Priorisierung von Gesundheitsleistungen“ eingesetzt (s. Culyer/Lomas 2006; Murphy 2005; Guttman 2007). Dabei schwankt

die Einschätzung derartiger Ansätze zwischen zwei Polen: Es könnte sich zum einen um einen Versuch der Politik handeln, sich angesichts zunehmend prekärer Entscheidungen um die Ressourcenverteilung im Gesundheits- und Sozialwesen durch Einbindung von Öffentlichkeit zu entlasten. Es könnte aber auch der ernst gemeinte Versuch sein, für die Fortentwicklung komplexer Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsthemen die Präferenzen der Bevölkerung systematisch in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen und damit u.a. auch Fehlallokationen zu verringern. Beide Varianten werden anzutreffen sein.

Alle Debatten um deliberative Verfahren oder Partizipation und Empowerment im Gesundheitswesen verweisen nun unweigerlich auf das Thema „Health Literacy“ (unzureichend mit „Gesundheitskompetenz“ übersetzt, eher so etwas wie „Mühsamer Versuch der Alphabetisierung im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen“, im Überblick s. etwa Nielsen-Bohlman et al. 2004), da alle Diskussions-, Abstimmungs- und Entscheidungsverfahren auf „belastbare Evidenz“ angewiesen sind. Sind keine guten Daten vorhanden oder werden vorhandene gute Daten nicht adäquat mitgeteilt und aufgenommen, können noch so transparente Debatten ins Leere laufen. Große Hoffnungen werden z.T. auf das Internet gesetzt, da es sich hierbei um ein leicht zugängliches Medium handelt. Dies ist auch alles andere als abwegig, wenn man sich vergegenwärtigt, dass es heute prinzipiell möglich ist, von allen Orten der Welt, wo ein Telefonanschluss vorhanden und die entsprechende Hard- und Software verfügbar ist, Datenbanken und Spezialbibliotheken einzusehen und in immer größer werdendem Umfang Informationen rasch zu beziehen. Gleichwohl ist damit das Problem der Literacy überhaupt nicht gelöst. Eine der ersten Studien zur Verlässlichkeit der gesundheitsbezogenen Informationen des Internets kam anhand eines außerordentlich schlichten Beispiels zu einem desillusionierenden Ergebnis. Bei der Suche nach evidenzbasierter Beratung zum Umgang mit Fieber im Kindesalter lieferten nur 4 von 41 ein-

schlägigen Webseiten alles in allem verlässliche Informationen (Impicciatore et al. 1997). Die Entwicklung ist natürlich seither weiter gegangen, große Anstrengungen werden unternommen, die Gesundheitskompetenz durch Entwicklung evidenzbasierter Internetportale zu verbessern, so im Falle Deutschlands durch die im Gesetzauftrag erstellten Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (s. dazu ausführlicher Bastian 2007 sowie IQWiG 2009). Die Größe der Aufgabe wird erst dann richtig erkennbar, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die einflussreichste Gruppe der Gesundheitsexperten, die Ärzteschaft, ihrerseits erst auf dem Weg zu einer neuen Stufe von Health Literacy ist. Der letzte Herausgeber des British Medical Journal formulierte in einem seiner letzten Editorials wie folgt: „Some doctors are scientists – just as some politicians are scientists – but most are not“ (Smith 2004).

Mit Blick auf das Thema Adipositas ist zudem festzustellen, dass die Bemühungen um die Förderung von Health Literacy in Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber klassisch medizinisch-therapeutischen Themen deutlichen Nachholbedarf aufweisen. Das liegt zum einen daran, dass viel mehr Ressourcen in klinische Studien fließen als in Studien zu Präventionsansätzen. Es liegt aber vielleicht genauso daran, dass häufig gedacht wird, man könne Präventionsstrategien sehr auf den gesunden Menschenverstand stützen. Mittlerweile kann Public Health auf eine Reihe wertvoller Datenbanken und Informationsnetze zurückgreifen, um diesem offenkundigen Irrtum entgegenzutreten. Genannt werden können vor allem (s. Schmacke 2009):

- Der Guide to Community Preventive Services der Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.thecommunityguide.org/index.html>).
- Neben der einschlägig bekannten Cochrane Collaboration liefert die Cochrane Public Health Review Group einen weiteren Ein-

blick in Studien zur Evaluation von Gesundheitsförderung

(www.vichealth.vic.gov.au/cochrane).

- Das NHS Centre for Reviews and Dissemination (www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm).
- Die International Union for Health Promotion and Education (www.iuhpe.nyu.edu/pbs).
- Die Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org).

4.3.6 HTA-Institutionen: Die systematische Nutzung der Evidenz für die Steuerung der Versorgung

Die hier angedeutete Komplexität von Kommunikationsprozessen gewinnt im Falle des Megasystems Gesundheitswesen ihre Aufladung durch die Vielzahl von Akteurebenen und Interessengruppen, die im Spiel sind. Grunwald (2004) hat besonders prägnant darauf hingewiesen, dass Health Technology Assessment (HTA) nichts Anderes für sich in Anspruch nimmt, als wissenschaftlich fundierte Beratung für Politik und gesellschaftliche Institutionen zu medizinischen Fragen im umfassenden Sinne zu leisten. HTA versteht sich insoweit als Brücke zwischen Wissenschaft und Politik im Prozess der Implementierung medizinisch-pflegerischer Innovationen und bekennt sich – in Abgrenzung zur Evidenzbasierten Medizin – ausdrücklich zu seiner Regulierungsfunktion. Verfügt HTA nicht über grundsätzlich andere Datenquellen als EbM, so besteht m.a.W. der fundamentale Unterschied darin, dass HTA die Bereitstellung wissenschaftlich fundierter Informationen für Kommunikations- und Entscheidungsprozesse für die autorisierten Institutionen des Medizin- und Gesundheitssystems besorgt. Mit der Professionalisierung von HTA-Verfahren geriet etwas Entscheidendes aus dem Blickfeld: Bei der Initiierung formeller HTA-Bewertungs-

verfahren medizinischer Technologien im Jahr 1976 ging es dem Office of Technology Assessment in den USA vor allem um die sozialen Auswirkungen neuer Verfahren (US Congress Office 1976). In der Praxis verlagerte das HTA später den Schwerpunkt aber stark auf die Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Technologien (Lühmann/Raspe 2008; Gerhardus/Stich 2008). Gewissermaßen im Rückgriff auf die Ursprünge von HTA hält Grunwald nun eine Erweiterung des tendenziell reduktionistischen HTA-Prozesses immer dann für erforderlich, wenn Folgenabschätzungen über „business-as-usual“ Situationen hinausgehen, deren Bewertung sich u.a. durch ein hohes Maß an argumentativer Konsistenz und öffentlicher Akzeptanz auszeichnet. Genau dies ist aber nach Grunwald bei vielen Gesundheitsthemen nicht der Fall; dann könne ein erweiterter Begutachtungs- und Bewertungsprozess erforderlich werden: „So the acceptance of the rules for the verification procedures leads to the acceptability of the results of applying the rules“ (ebd.: 185). Aus einer anderen Perspektive kann man für die Einengung des HTA-Diskurses aber auch Verständnis haben, steht doch zunächst immer die Frage im Vordergrund, wie ein System angesichts der Inflation von Publikationen in der Fachwelt zu jeder einzelnen Detailfrage der medizinisch-pflegerischen Versorgung seine Steuerungsfunktion überhaupt noch wahrnehmen kann. Im Sinne der Förderung von Health Literacy im System der Steuerung des Leistungsgeschehens hat die Politik in zahlreichen Ländern inzwischen Health Technology Assessment (HTA) gesetzlich implementiert, in Deutschland in Form des immer wieder reformierten und um HTA-Kompetenzen erweiterten Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de). Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt, so der Gesetzestext in §92 SGB V, „die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung be-

drohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschließlich Arzneimitteln oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist sowie wenn insbesondere ein Arzneimittel unzumutbar oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischem oder therapeutischem Nutzen verfügbar ist“.

In der maßgeblichen Verfahrensordnung des G-BA wird konkretisiert, wie der Nutzen einer Methode bestimmt wird. Hierbei wird ausdrücklich auf das Gebäude der evidenzbasierten Medizin Bezug genommen:

„Der Nutzen einer Methode ist durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dies sollen, soweit möglich, Unterlagen der Evidenzstufe I mit patientenbezogenen Endpunkten (z.B. Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) sein“. (Und weiter): „Die Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt im Versorgungskontext unter Berücksichtigung der medizinischen Problematik, Verlauf und Behandelbarkeit der Erkrankung und insbesondere der bereits in der GKV-Versorgung etablierten diagnostischen und therapeutischen Alternativen“.

Entsprechend der Tradition der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ist der G-BA paritätisch besetzt: Die eine Hälfte der Stimmen entfällt auf den gemeinsamen Spitzenverband der GKV (der die früheren Spitzenverbände der großen Kassenverbände ersetzt hat), die andere Hälfte auf die so genannten Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhäuser). Es ist festzustellen, dass alle so genannten „Bänke“ des G-BA im letzten Jahrzehnt ihre EbM- und HTA-Kompetenz massiv verstärkt haben. Auch innerhalb des G-BA selbst wurde massiv „aufgerüstet“, da die dortige Geschäftsführung eigene Expertenteams für die einschlägigen Methoden des HTA in-

tegiert hat (prominent Evidenzbasierte Medizin und Sozialrecht). Von dieser Geschäftsführung wird nicht zuletzt auch die Patientenvertretung in methodischen, medizinischen und juristischen Fragen unterstützt.

Mit anderen Worten: Im Sozialgesetzbuch ist die Frage nach den (wissenschaftlich legitimierten) Standards der medizinischen Versorgung an methodisch hochwertige Nutznachweise gebunden (Francke/Hart 2008). Insoweit stellt diese Entwicklung ein positives Beispiel für die systematische Nutzung der Evidenzbewertung in gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen dar (Schmacke 2007). Der G-BA ist zudem gehalten, bei seinen Richtlinienbeschlüssen die Bedeutsamkeit der aufgerufenen Erkrankungen für die Versicherten zu reflektieren sowie dezidiert Erkenntnisse zum Spontanverlauf und bisherigen Stand der Versorgung von Erkrankungen in seine Überlegungen einzubeziehen. Damit ist die Frage nach dem *relevanten* medizinischen Fortschritt dem untergesetzlichen Normgeber G-BA zur Bewältigung zugewiesen worden. Das zuständige Ministerium kann Beschlüsse des G-BA de jure lediglich rechtlich beanstanden, darf sich m.a.W. nicht in die Fachdebatte um den Nachweis des medizinischen Nutzens einmischen.

Fachliche Beratung erfährt der G-BA durch das 2004 gegründete unabhängige wissenschaftliche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dessen Aufgaben in §139a des SGB V umrissen werden:

1. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
2. Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
3. Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,

4. Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
5. Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
6. Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

Deliberative Verfahren zielen nun freilich darauf ab, Bürgerinnen und Bürgern (auch wieder in unterschiedlichen Rollen, wohlbemerkt) zu ermöglichen, gegenüber politischen Entscheidungsprozessen, wie sie im G-BA zustande kommen, nicht länger rein passiv zu verharren bzw. auf die nächste Wahl zu warten. Angesichts der Vielfältigkeit von Diskussions- und Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen ist zu fragen, wo die Idee der Deliberation von der Makro- bis zur Mikroebene bislang eingesetzt worden ist und wo sie sich möglicherweise bereits bewährt hat. Generell wird in der einschlägigen Theoriedebatte hierzu die Einschätzung vertreten, dass für die Wirksamkeit diskursiver Prozesse von der Meinungsbildung bis zur Beeinflussung von politischen Entscheidungen überschaubare soziale Räume erforderlich sind (z.B. Abelson et al. 2007). Auch für Entscheidungsprozesse auf der Makroebene, so im National Health Service, im National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wie auch im deutschen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden seit einigen Jahren partizipative Methoden der Bürger- oder Patientenvertretung erprobt (Abelson et al. 2003). Im G-BA sind Patientenvertreter auf allen Ebenen mit Antragsrecht vertreten, sie nehmen von der Arbeits- bis zur Abstimmungsebene im Plenum an allen Diskussionen teil und professionalisieren sich in diesem Prozess u.a. durch Schulungen wie durch Hinzuziehung eigener Sachverständiger. Eine wissenschaftliche Evaluation solcher Ansätze steht aus (Murphy 2005; Abelson et al. 2007; Dierks et al. 2006; Danner 2007), es lässt sich noch nicht sagen, ob die Entschei-

dungen in diesen Institutionen nachhaltig verändert worden sind: Es steht auch keine erprobte Methodik für derartige Untersuchungen zur Verfügung. Über einen ersten interessanten Versuch der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung deliberativer Verfahren in fünf kanadischen Regionen berichten Abelson et al. Dabei geht es um so unterschiedliche Ansätze wie die Priorisierung von Gesundheitsangeboten für Kinder oder die Neukonfigurierung primärärztlicher Angebote. Die Autorengruppe schlussfolgert, dass sich der Ansatz im Prinzip als alltagstauglich erwiesen habe und dass partizipative Ansätze umso eher realisierbar erschienen, je konkreter Optionen zur Entscheidung herausgestellt werden konnten (Abelson et al. 2007). Eine weitere zu klärende Frage betrifft die Informationsbasis und Unterstützung von „Laien“ in deliberativen Verfahren. Prinzipiell ist hier eine „Eskalationsstrategie“ denkbar, die damit beginnt, für Beteiligte punktuelle Informationen für eine begrenzte Fragestellung zur Verfügung zu stellen, und die darin mündet, dass es neben der wissenschaftlichen und administrativen Expertenschiene eine zweite Welt des theoretischen „Empowerments“ von Bürgern und Patientengruppen gibt.

Wenn man einen Schritt zurück geht, stellt sich die Frage der Qualität und Glaubwürdigkeit von Primärdaten in der Forschung: Die dabei im Zusammenhang mit der Deliberationsdebatte auftauchenden Probleme einer besseren Einbindung von „Konsumenten“ in Forschungsprozesse und in die Priorisierung von neuen Forschungsthemen sind ein weiteres nur rudimentär bearbeitetes Feld (Oliver et al. 2004). Eng verbunden damit sind die Fragen nach der politischen wie fachlichen Legitimation für Verfahren der Bürgerbeteiligung und die Problematik der Offenlegung von Interessenkonflikten: Dies ist nicht nur ein Thema für die klassische Expertenschiene. Die Legitimationsdebatte schwankt zwischen Motiven der prinzipiellen Abwehr von direkter Bürgerbeteiligung bis zu deren prinzipieller Befürwortung, wobei seit Kurzem auch die Frage möglicher Interessenkonflikte benannter oder gewählter Repräsentanten gestellt wird. Im Falle des

Gemeinsamen Bundesausschusses wurde der Konflikt durch den Gesetzgeber selbst gelöst, indem erschöpfend die legitimierten Patientenverbände aufgelistet worden sind: Ein klassischer Fall der Legitimation durch Verfahren (Luhmann 2001), nachdem in der vorlaufenden Debatte innerhalb der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung ein eigener Vorschlag nicht gemacht worden war und die Bedenken gegen die Benennung von Patientenvertretern überwogen hatten.

4.3.7 Ausblick

Evidence-based Public Health umfasst nach dem Gesagten einen integrierenden Blick auf die bestvorhandene Evidenz und die Förderung von gesellschaftlichen Prozessen, welche für mehr Transparenz und Bürgerbeteiligung sorgen. Die Frage der Legitimation der Akteure steht dabei in jedem Fall im Mittelpunkt. Offensichtlich stellt sich auch bei massiver Weiterentwicklung aller Bemühungen um Health Literacy – und hier liegt eine gewaltige Aufgabe für Generationen – immer zugleich die Frage, auf wessen Rat und wessen Expertise am Ende Individuen und Gruppen vertrauen können, die unter einem bestehenden Zeit- und Handlungsdruck schon prinzipiell nicht die Möglichkeit haben, selbst bis auf die Ebene der Primärdaten der Forschung zurückzugehen. Also kommt wieder „Legitimation durch Verfahren“ ins Spiel. Im Falle von Gesundheit kommt hinzu, dass – wie vielleicht bei keinem anderen prominenten Thema – immer Angst und Hoffnung im Spiel sind und die Botschaften von Public Health insoweit in besonders hohem Maße emotional gerahmt sind. Soweit es um die Verständigung auf möglichst transparente Kommunikations- und Entscheidungsprozesse geht, ist die Debatte um die Stärkung von Beteiligungsverfahren auf allen gesellschaftlichen Ebenen noch keineswegs abgeschlossen. Wissenschaft und Demokratie müssen zusammen gedacht und gelebt werden, sie sind konstitutive Merkmale der Zivilgesellschaft. Dabei ist einstweilen nicht entschieden,

ob das Einfordern und die Institutionalisierung eines höheren Maßes an Transparenz in den Prozessen der Gesundheitswissenschaft und -politik am Ende auch ein höheres Maß an Gesundheit hervorbringt. Es ist nicht einmal sicher, ob die enormen Bemühungen um die systematische Bewertung der vorhandenen Evidenz in Verfahren des Health Technology Assessment einen starken Impact haben, die traditionell stark experten- und machtgesteuerten Meinungsbildungsprozesse zu kultivieren (Gerhardus/Dintios 2006). Bleibt am Ende die Erkenntnis, dass Public Health immerhin aufgrund seines interdisziplinären Selbstverständnisses gute Voraussetzungen bietet, Anwalt für einen aufgeklärten Umgang mit Gesundheitsthemen zu sein.

Literatur

- Abelson J, Forest PG, Eyles J et al. (2007) Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study. *Soc Sci Med* 64: 2115-2128.
- Abelson J, Forest PG, Eyles J et al. (2003) Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *So Sci Med* 57: 239-251.
- Ahrens W, Bammann K, Pigeot I (2008): Evidenzbasierung von Primärprävention am Beispiel einer Interventionsstudie zum kindlichen Übergewicht. *Präv Gesundheitsf* 3: 246-252.
- arznei-telegramm (2009) Lipasehemmer Orlistat als ALLI jetzt rezeptfrei. 40: 44-45.
- Bastian H (2008) Health literacy and patient information: Developing the methodology for a national evidence-based health website. *Patient Education and Counseling* 73: 551-556.
- Chalmers I (2005) If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence and Policy* 1: 227-242.
- Culyer AJ, Lomas J (2006): Deliberative processes and evidence-informed decision-making in health care: do they work and how might we know? *Evidence and Policy* 2: 357-371.
- Danner M (2007) Patientenbeteiligung. Eine zeitgemäße Aufgabe der Selbsthilfe. *Public Health Forum* 15: 20-22.
- Dierks ML, Seidel G, Schwartz FW, Horch K (2006) Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut; Heft 32 Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Herausgeber: Robert Koch Institut).
- Francke R, Hart D (2008) Einführung in die rechtlichen Aspekte bei HTAs. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102: 63-68.
- Gardner CD, Kiazand A, Alhassan S et al. (2007) Comparison of the Atkins, Zone, Ornish and LEARN Diets for Change in Weight and Related Risk Factors Among Overweight Premenopausal Women. *JAMA* 297: 969-977.
- Gerhardus A, Dintios CM (2006) Der Einfluss von HTA-Berichten auf die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung – Eine systematische Übersichtsarbeit. DIMDI, Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 14.
- Gerhardus A, Stich AK (2008) Sozio-kulturelle Aspekte im Health Technology Assessment (HTA). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102: 77-84.
- Grunwald A (2004) The normative basis of (health) technology assessment and the role of ethical expertise. *Poiesis Prax* 2: 175-193.
- Habermas J (1999) Drei normative Modelle der Demokratie. In: ders.: *Die Einbeziehung des Anderen*. Frankfurt a.M.: 277-292.
- Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N, Bonati M (1997) Reliability of health information for the public on the world wide web: systematic survey of advice on managing fever in children at home. *BMJ* 314: 1875-1879.
- IQWiG <http://www.iqwig.de/gesundheitsinformation.62.html>.
- Lenz M, Richter T, Mühlhauser I (2009) Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter. Eine systematische Übersicht. *Deutsches Ärzteblatt* 106: 641-648.
- Luhmann N (2000) Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: UTB.
- Luhmann N (2001) Legitimation durch Verfahren. Frankfurt a.M. 2001.
- Lühmann D, Raspe H (2008) Ethik im Health Technology Assessment – Anspruch und Umsetzung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102: 69-76.
- Marantz PR, Bird ED, Alderman MH (2008) A Call for Higher Standards of Evidence for Dietary Guidelines. *Am J Prev Med* 34: 163-165.
- Mitchell GR, McTigue KM (2007) The US Obesity „Epidemic“: Metaphor, Method, or Madness? *Social Epistemology* 21: 391-423.
- Murphy NJ (2005) Citizen deliberation in setting health-care priorities. *Health Expectations* 8: 172-181.
- Nielsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA (2004) Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington.
- Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R et al. (2004) Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technol Assess* 8: 1-148.

- Ozanne JL, Corus C, Saatcioglu B (2009) The Philosophy and Methods of Deliberative Democracy: Implications for Public Policy and Marketing. *Journal of Public Policy and Marketing* 28: 29-40.
- Presseportal www.presseportal.de/pm/51171/1334441/glaxosmithkline_consumer_healthcare?search=manfred.schubert-zsilavec.
- Public Health Agency of Canada (2007) The Use of Antivirals for Prophylaxis: Deliberative Dialogue Process. www.phac-aspc.gc.ca/influenza/ekos-ang.php.
- Schmacke N (2005) Innovationen in der Medizin: das magische Dreieck von Evidenz, Werten und Ressourcen. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 5: 331-353.
- Schmacke N (2007) Abbau von Innovationsbarrieren. Vortrag anlässlich der Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille an den Gemeinsamen Bundesausschuss. *Das Gesundheitswesen* 69: 115-119.
- Schmacke N (2009) Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung? In: Kolip P, Müller V (Hg.) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: 61-72.
- Schmidt-Semisch H, Schorb F (Hg.) (2008) *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: VS.
- Smith R (2004) Doctors are not scientists. *BMJ* 328. doi:10.1136/bmj.328.7454.0-h.
- US Congress Office of Technology Assessment (1976) *Development of medical technology: Opportunities for assessment*. Washington: Office of Technology Assessment.
- Woolf SH, Nestle M (2008) Do Dietary Guidelines Explain the Obesity Epidemic? *Am J Prev Med* 34: 263-265.