



Prof. Dr. Gerd Antes,
Cochrane Deutschland,
Freiburg



Katharina Kunzweiler,
Cochrane Deutschland,
Freiburg



Ingrid Töws,
Cochrane Deutschland,
Freiburg

Entwicklung des Evidenzbegriffs und seine Erweiterung auf die gesamte Gesundheitsversorgung

Die Wiege der Evidenzbasierten Medizin (im Folgenden mit „EbM“ abgekürzt) stand an der McMaster Universität der kanadischen Stadt Hamilton und ist un-

Das medizinische Dilemma der Prävention

Evidenz, Nutzen, Chancen und Risiken

Prävention und Gesundheitsförderung sind allgegenwärtig in den Gesundheitssystemen – in Deutschland besonders durch ein spezielles Präventionsgesetz. Damit wird scheinbar eine neue Ära der Medizin eingeleitet: Anstatt vorhandene Krankheiten nur zu therapieren, wird der Fokus auf das Vorbeugen von Krankheiten bzw. die Früherkennung gelegt. Diese vermeintliche Einfachheit ist oft grob irreführend. Jede Präventionsmaßnahme kann schaden oder nutzen. Mögliche Einflussfaktoren befinden sich untereinander in komplexen Abhängigkeitsverhältnissen. Die Identifikation der wahren positiven Faktoren muss streng wissenschaftlichen Kriterien folgen. Für die Bewertung dient das Wissen aus der Synthese hochwertiger, patientenorientierter Studien auf der Basis der Methodik der Evidenzbasierten Medizin. Dies sollen die folgenden Ausführungen unterstreichen.¹

trennbar mit dem Namen Dave Sackett verbunden. Sackett schlug vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen als Internist fundamentale Neuerungen für die patientenorientierte Forschung und medizinische Aus- und Fortbildung vor, die von der medizinischen Fakultät der McMaster Universität angenommen wurden und zu seiner Professur und 1968 zur Einrichtung eines *Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics* führten. Anliegen war es, die medizinische, klinische Praxis stärker auf systematische, methodische Grundlagen zu stützen. Hier gab es heftigen Widerstand der Wissenschaftler vor allem aus den Grundlagenwissenschaften, die die gängige medizinische Praxis bereits als wissenschaftliche Medizin ansahen. Doch in Abgrenzung zur Grundlagenforschung sollte der patientenorientierten Forschung mehr Gewicht beige-

messung werden. Hierfür entstand der heute breit akzeptierte und alltäglich genutzte Begriff EbM.

Die Vorgeschichte und die begriffliche Gründung der EbM waren ausdrücklich auf die Entscheidungen zwischen Arzt und Patient fokussiert und beschränkt. Ziel war, Entscheidungen am Krankenbett besser auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zu gründen. Die Ausweitung auf ambulante Praxis und niedergelassene Ärzte

¹ Der Beitrag beruht auf einer ausführlicheren Veröffentlichung der Autoren in dem von Rebscher/Kaufmann herausgegebenen Buch „Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen“, das im Oktober 2016 erscheinen ist: Rebscher, H., Kaufmann, S., Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen, Band 8 der Schriftenreihe der Deutsch-Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik, ca. 450 Seiten, medhochzwei-Verlag Heidelberg 2016, ISBN 978-3-86216-295-6

war natürlich nur ein kleiner, weiterer Schritt. Dabei ging es anfangs in der „reinen“ EbM ausdrücklich nur um maximalen Nutzen und minimalen Schaden in der Behandlung einzelner Patienten, wie in der inzwischen wohl am häufigsten zur EbM zitierten Quelle im *British Medical Journal*² festgestellt wird. Gesundheitsökonomische Aspekte wurden bewusst ausgeklammert.

Dass diese puristische Perspektive zwangsläufig auch idealistisch war und viele Aspekte des Gesundheitsversorgungssystems nicht berücksichtigte, wurde sehr schnell deutlich. Zu stark und einflussreich waren andere systemimmanente Kräfte, vor allem die Auswirkungen der Leistungsfinanzierung, als dass diese unberücksichtigt bleiben konnten. Deswegen war es nur eine Frage der Zeit, bis die ursprüngliche EbM zur evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (Evidence-based Health Care, EBHC) verallgemeinert wurde. Diese Entwicklung ging von Oxford aus, wo Muir Gray die Evidenzbasierung auf Systemebene in seinem Lehrbuch umfassend beschrieb.³ Die Erweiterung führte von Mitte der 1990er Jahre bis heute, also über zwei Jahrzehnte, zu einer Fülle von Artikeln und Lehrbüchern, die die Gründung auf Wissenschaftlichkeit als ein Steuerungselement für alle Komponenten des Gesundheitssystems vorschlugen. Bemerkenswert ist die begriffliche Weiterentwicklung von „evidenzbasiert“ hin zu „evidenz-informiert“. Darin spiegelt sich die immer wiederkehrende Kritik an der EbM wider, nämlich zu Automatismen und Kochbuchmedizin zu führen und die Erfahrung und Kunst des Arztes zu missachten. Um die in der Evidenzbasierung implizit enthaltene Bindungswirkung zu mindern, entwickelten sich Begriffe und Konzepte mehr hin zu evidenzinformierter Entscheidungsfindung. Damit wurde Evidenz als eine Komponente für Entscheidungen betont und der politische Gegenwind gegen die verpflichtende Wissensbasierung entschärft.

Zusammenfassung von Wissen: Systematische Übersichtsarbeiten (Reviews)

Eine Schlüsseltechnologie für die Evidenzbasierung wurde im Zuge der Entwicklung der Cochrane Collaboration und der Methodik von systematischen Übersichtsarbeiten (*Systematic Reviews*)

etabliert. Ausgangspunkt und richtungsweisend bis zum heutigen Tag war das visionäre Buch *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services* des schottischen Epidemiologen Archie Cochrane aus dem Jahr 1972.⁴ Darin beklagte er die immensen Wissenslücken zur Wirksamkeit von Maßnahmen aus der alltäglichen, ärztlichen Praxis und forderte bereits damals die systematische Bewertung der medizinischen Maßnahmen durch Vergleiche mittels randomisierter klinischer Studien. Dies wurde in der weiteren Entwicklung mehr und mehr in die Tat umgesetzt. Die daraus resultierenden Erkenntnisse waren so überzeugend, dass entscheidende Teile der Wissenschaftsgemeinschaft und der Gesundheitspolitik nach einem kurzen Abstimmungsprozess einig waren, diesem Weg der systematischen Wissensgenerierung eine institutionelle Basis zu geben. Damit stand der Gründung des Britischen Cochrane Zentrums 1992 (in Oxford), zwanzig Jahre nach Archie Cochranes Kritik, nichts mehr im Wege. Bereits 1993 wurde das Konzept globalisiert und durch Gründung einer Reihe weiterer Cochrane Zentren zu einem internationalen Netzwerk ausgebaut. Deutschland folgte 1998 mit der Einrichtung des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg, gefolgt von zwei *Collaborative Cochrane Review Groups* in Düsseldorf und Köln.

Das grundsätzliche Schema der Erstellung von Systematic Reviews folgt fünf Schritten: 1. Formulierung der Fragestellung in operationalisierter Form, 2. Systematische Suche nach Studien in elektronischen Datenbanken und durch Handsuche, 3. Kritische Qualitätsbewertung der gefundenen Studien, 4. Synthese der Daten aus geeigneten Studien, 5. Objektive Interpretation und Diskussion der Ergebnisse. Es wurde zum international akzeptierten und etablierten methodischen Fundament der Wissensgenerierung, das als Grundlage der folgenden praxisnahen Sekundärverwertung für *Health Technology Assessments* (HTA), Klinische Leitlinien sowie für evidenzbasierte Patienteninformation dient.

Die Konsolidierung der Wissenssynthese durch Systematic Reviews erfolgte in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren und wurde in vielen Systemen etabliert und damit als Routine sichtbar. Beispielsweise sei hier die US – Literaturda-

tenbank Medline (durch PubMed öffentlich nutzbar) genannt. Auch hier wird unter dem Titel „What works?“ eine systematische, in sich konsistente Darstellung der Rolle von klinischer Forschung und Studien als Antwort auf patientenrelevante Fragen gegeben. Grundlage für diese Antworten sind Systematic Reviews, einmal für den Inhalt und zweitens – genauso wichtig – für das Vertrauen bzw. die Unsicherheit, die mit der Aussage verbunden sind.⁵

Die Etablierung der Wissenssynthese durch Systematic Reviews als unverzichtbarer Baustein der Evidenzbasierung wurde begleitet von einem enormen Mengenwachstum.^{6,7,8} Nicht überraschend und vorhersagbar rückte damit die Qualität in den Mittelpunkt. An Planung, Durchführung, Auswertung und Berichterstattung sind sowohl für Studien wie für Systematic Reviews höchste Ansprüche zu stellen, da Mängel schädlich auf die Entscheidungsgrundlagen zwischen Arzt und Patient durchschlagen. Tausende von Projekten und Publikationen zeigen teils erhebliche Defizite sowohl bei den eingeschlossenen Studien wie auch in der methodischen Durchführung der Reviews selbst.

Zwei der vermutlich schädlichsten Ursachen haben zu global erarbeiteten Gegenmaßnahmen geführt, die hier beispielhaft genannt werden: Zum einen werden ca. 50 Prozent der durchgeführten Studien nicht publiziert oder in anderer Form der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.⁹ Das hat unter Füh-

2 Sackett u. a.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: *BMJ* 312/1996, S. 71.

3 Gray: Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions. 3. Auflage. Edinburgh 2009.

4 Cochrane: Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. Research report. 1972. Online: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/node/1217>.

5 PubMed Health: About clinical effectiveness research. 2015. Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/aboutcer/>, Suchbegriff: „Clinically effective“ [abgerufen am 15.8.2016].

6 Moher u. a.: Epidemiology and Reporting Characteristics of Systematic Reviews. In: *PLOS Medicine* 4(3)/2007, S. e78.

7 Bastian/Glasziou/Chalmers: Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up?. In: *PLoS* 7(9)/2010, S. e1000326.

8 Töws/Antes: Wie glaubwürdig ist die Evidenz? In: *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum* 15(38)/2015, S. 832–839.

9 Antes/Blümle/Lang: Medizinisches Wissen – Entstehung, Aufbereitung, Nutzung. In: *Welt der Krankenversicherung* 09/2014.

zung der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) zum Aufbau eines globalen Netzes von Registern klinischer Studien geführt, in dem Studien vor deren Beginn an registriert werden sollen.¹⁰ Damit erhalten Studien eine Art Geburtsurkunde, die das spätere Verschwinden verhindert, jedoch mitnichten die Publikation garantiert.

Die zweite Ursache für negative Auswirkungen durch Ergebnisse von Systematic Reviews liegt in der oft willkürlichen Auswahl der eingeschlossenen Studien. Randomisierte kontrollierte Studien sind besonders geeignet, um Nutzen und Schäden von Interventionen in der Gesundheitsversorgung und prävention festzustellen. Sie sollten als Wissensquelle genutzt werden, wenn keine systematischen Übersichtsarbeiten zu einer gegebenen Fragestellung vorhanden oder durchführbar sind. Wichtig ist allerdings eine rigorose Durchführung, um die geringe Fehleranfälligkeit aufrecht zu erhalten und das Risiko für Bias (systematischer Fehler) so gering wie möglich zu halten.

Evidenzbasierung für die Bewertung von Interventionen in der Gesundheitsversorgung – auch in der Prävention

Die beschriebene Entwicklung der Evidenzbasierung und ihrer systematischen Anwendung ist keinesfalls nur eine Domäne der Medizin und der Gesundheitsversorgung. So stammt z. B. der Name für die grundlegende Technik der statistischen Analyse und Zusammenführung von Studienergebnissen, die Metaanalyse, aus den Erziehungswissenschaften.¹¹ Fundamentale methodische Arbeit für die Synthese von Wissen aus Studien wurde in den 1980er Jahren von Arbeitsgruppen geleistet, die den Sozialwissenschaften zuzuordnen sind. Die Arbeiten in den verschiedenen Lagern näherten sich immer mehr an und führten im Jahr 2000 zur Gründung der Campbell Collaboration, die sich unter intensiver Beratung durch die Cochrane Collaboration in ähnlicher Struktur die Erstellung von systematischen Übersichtsarbeiten in den Bereichen Kriminalität und Justiz, Bildung, internationale Entwicklung und Sozialfürsorge als Ziel gesetzt hat. Die gemeinsame Plattform für Camp-

bell und Cochrane waren die Prinzipien der Wissenssynthese.¹²

Die Campbell Collaboration hat gerade für das Thema Prävention eine enorme Bedeutung, da Prävention durch Verhaltensänderung, durch ein Spektrum von Interventionen edukativer und sozialer Art initiiert werden muss. Sucht-, Gewalt-, Krankheits- oder Unfallprävention bilden dabei außerordentlich heterogene Anwendungsfelder, in denen es sowohl bzgl. der Präventionsziele und der notwendigen Methoden an vielen Punkten Überlappungen gibt und folglich zwischen Cochrane und der Campbell Collaboration keine durchgängige Trennung möglich ist. So enthält die *Cochrane Library* systematische Übersichtsarbeiten wie z. B. zur Raucherprävention oder -entwöhnung¹³ oder zur Malariaprophylaxe durch imprägnierte Moskitonetze¹⁴, durch die unmittelbare Wirkmechanismen bewertet werden, die jedoch durch Kampagnen implementiert werden müssen und somit soziale und kommunikative Interventionen beinhalten. Für eine Implementierung der Maßnahmen und das Erreichen ihrer positiven Wirkung stehen für die politische Beratung ebenfalls Informationen zu evidenzbasiertem *policy making* zur Verfügung. Darin wird betont, dass auch für die politischen Aspekte der Gesundheitsversorgung eine Bewertung der relevanten Evidenz unverzichtbar ist.¹⁵

So heterogen die Präventionsthemen auch sind, so einheitlich ist das Schema der Bewertung präventiver Interventionen:

Prävention bedeutet auch immer Intervention, die unmittelbar auf Individuen oder ganze Populationen sowie auf Institutionen einwirkt. In jedem Fall wird durch eine Intervention eine Wirkung erzielt, die sowohl nutzen wie auch schaden kann. Damit unterscheidet sich die Aufgabe der Prävention grundsätzlich in keiner Weise vom Ziel der klassischen EbM (siehe Abschnitt 1). Genau wie dort geht es auch hier darum, Nutzen und Schaden aus möglichst verlässlicher Evidenz zu bewerten und Maßnahmen mit möglichst großem Nutzen und möglichst geringem Schaden bevorzugt einzusetzen und überwiegend schädliche Verfahren nicht zu praktizieren und aus der Praxis zu verbannen. Die Herausforderungen bei der Bewertung von Präventionsmaßnahmen durch die Evidenzbasie-

rung sind also völlig identisch mit denen in der klinisch definierten EbM. Insbesondere muss die Bewertung sich auch hier auf die Gesamtheit der relevanten Studien, also auf geeignete systematische Übersichtsarbeiten stützen. Allerdings können die Bewertungen in der Prävention erheblich komplexer und damit methodisch aufwendiger sein.

Eine Besonderheit bei der Bewertung von Präventionsmaßnahmen scheint psychologische Ursachen zu haben. Bei Laien, Patienten und Gesunden, wie auch bei Ärzten und Patientenangehörigen existiert ein tief verwurzelter Glaube an Aussagen wie „je früher, desto besser“, die sich inzwischen vielfach als falsch erwiesen haben. Die Erwartungen an Präventionsmaßnahmen sind gekennzeichnet durch starken Überoptimismus und führen deswegen tendenziell zu positiv verzerrter Einschätzung (Bias). Die Antwort auf die subjektiven, oftmals überoptimistischen Einschätzungen der Präventionsmaßnahmen kann nur die Prüfung durch vergleichende experimentelle Studien sein. Gerade hier ist also die Anwendung rigider Methodik angemessen, was in diesem Fall kontrollierte randomisierte Studien bedeutet. Vielfach scheint jedoch das Gegenteil praktiziert zu werden. Statt Studien mit geringem Risiko für Bias durchzuführen, werden Beobachtungsstudien gewählt, die notorisch Bias-gefährdet sind.¹⁶ Es wirkt

10 International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP). Online: <http://www.who.int/ictrp/en/>, Suchbegriff: „ICTRP“ [abgerufen am 15.8.2016].

11 Glass: Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. In: Educational Researcher 5(10)/1976, S. 3–8. Online: <https://www.jstor.org/stable/1174772?seq=1> page _scan_tab_contents.

12 Chalmers/Hedges/Cooper: A brief history of research synthesis. In: Eval Health Prof 25(1)/2002, S. 12–37.

13 Cahill/Lancaster: Workplace interventions for smoking cessation. In: Cochrane Database Syst Rev. 26(2)/2014, CD003440. Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570145>.

14 Lengeler: Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria. In: Cochrane Database Syst Rev (2)/2004, CD000363. Online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106149>.

15 Oxman u. a.: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking?. In: Health Research Policy and Systems 7(1)/2009, S. 1.

16 Röhrig u. a.: Studientypen in der medizinischen Forschung. Teil 3 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. In: Dtsch Arztebl Int 106(15)/2009, S. 262–268.

wie ein *Circulus vitiosus*, wie überzeugter, falscher optimistischer Glaube, der dazu führt, auf hochwertige Studien zu verzichten und schlechten Studien zu vertrauen, die den falschen Glauben bestätigen. Irritierend ist bis heute, dass selbst plausible Hoffnungen in Präventionsmaßnahmen sich nicht durch randomisierte kontrollierte Studien nachweisen lassen und sogar hochwertige Studien deswegen abgebrochen werden müssen.¹⁷ Besonders anfällig für Fehleinschätzungen sind Screening-Maßnahmen, da das Schadenspotential, aufgrund der Untersuchung an Gesunden, dort besonders groß ist.^{18,19} Ein vielzitiertes Beispiel ist das Mammographie-Screening, das bei relativ geringem Nutzen einen deutlichen Schaden, durch Über- oder Fehldiagnose hat und somit seinen Zweck verfehlt.²⁰ Andererseits sei als positives Beispiel die Prävention von plötzlichem Kindstod durch die richtige Schlafposition des Kindes in Rückenlage genannt.²¹ Diese weit-implementierte und leicht anwendbare Präventionsmaßnahme hat zu einem deutlichen Rückgang des plötzlichen Kindstodes geführt.²²

Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konsequente Orientierung an Evidenz notwendig

Ordnet man die Entwicklung der EbM in Deutschland in die oben beschriebene internationale Entwicklung ein, so ist die Jahrestagung der „Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)“ im September 1996 in Bonn eine der ersten Gelegenheiten, wo EbM öffentlich thematisiert wurde. Deutschlands Einstieg in diese Thematik erfolgte also erst 25 Jahre nach Beginn der Entwicklung im angloamerikanischen Raum, dann jedoch mit großer Intensität. Neben der raschen Gründung des „Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin“ und des Deutschen Cochrane Zentrums war sicherlich die Gründung des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ der markanteste Ausdruck für die beginnende systematische Evidenzbasierung in Deutschland.

In wissenschaftlichen Artikeln wurden auch die Prävention und die Gesundheitsförderung schon frühzeitig aus der Perspektive der Evidenzbasierung beleuchtet. Dabei klang die un-

eingeschränkte Forderung nach Evidenzbasierung auch für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen schon 2001 wie eine Selbstverständlichkeit, z. B. in Dierks et al. (2001).²³ Dort wird bereits auf evidenzbasierte Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung hingewiesen und die analoge Übertragung der Kriterien der EbM auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Bevorzugung besser untersuchter und weniger komplexer Interventionen empfohlen.

Im Gegensatz zur oben ausführlich beschriebenen Konvergenz der Betrachtung von therapeutischen und präventiven Maßnahmen auf der gemeinsamen methodischen Basis der Bewertung von Interventionen im internationalen Raum hat sich in Deutschland eher ein Gegeneinander stabilisiert: Einerseits die Stabilisierung der stringenter Methodik durch das IQWiG als Grundlage der Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, andererseits eine außerordentlich unsystematische und oft hochgradig unwissenschaftliche Behandlung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie z. B. 2009 bei der drohenden Schweinegrippenpandemie oder bei populationsbezogenen Screening-Maßnahmen wie z. B. dem Mammographie-Screening.

Dokumentiert wird diese Fehlentwicklung durch das im letzten Jahr verabschiedete Präventionsgesetz.²⁴ Erstaunlicherweise kommt das Wort *Evidenz* in diesem Gesetzestext nicht mehr vor. Ebenso wenig wird die große Herausforderung bei der Bewertung präventiver Maßnahmen, Schaden und Nutzen zu quantifizieren und gegeneinander abzuwägen, nicht thematisiert. Diese fundamentalen Mängel wurden u. a. in einer Stellungnahme des DNEbM festgestellt und kritisiert.²⁵ In Bezug auf die oben beschriebene Entwicklungsgeschichte der EbM hin zur allgemein praktizierten Evidenzbasierung, die ja gerade das Ergebnis strenger Wissenschaftlichkeit ist, kann man für das Präventionsgesetz nur nüchtern feststellen, dass es „wissenschaftsfrei“ ist. Entsprechendes gilt für die Nationale Präventionskonferenz und das Nationale Präventionsforum, das durch die Struktur und die Teilnehmer nicht erwarten lässt, dass die Evidenzbasierung dort zu einem wesentlichen Faktor wird.

Die Missachtung der möglichen negativen Auswirkungen und Schäden durch Präventionsmaßnahmen nimmt die Schädigung von Gesunden und Kranken in Kauf. Die Information dazu kann nur aus empirischen Studien gewonnen werden, wie es an manchen Orten bereits seit Jahrhunderten praktiziert wird.²⁶ Der damit begonnene Weg in die moderne Evidenzbasierung hat in den letzten Jahren auf natürliche Weise zu der Institutionalisierung einer evidenzbasierten Prävention geführt, die für das deutsche Gesundheitssystem Vorbild sein kann. Einmal wäre hier die *Australian National Preventive Health Agency* zu nennen, deren Ziel die Entwicklung von dynamischen Wissenssys-

17 Mühlhauser: Zur Überschätzung des Nutzens von Prävention – On the overestimation of the benefit of prevention. In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) 2013.

18 Göttsche: Mammography screening is harmful and should be abandoned. In: Journal of the Royal Society of Medicine 108(9)/2015, S. 341–345.

19 Biller-Andorno/Jüni: Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. In: N Engl J Med 370/2014, S. 1965–1967.

20 Swiss Medical Board stellt systematisches Mammographie-Screening in Frage. 3.2.2014. Online: <http://samw.ch/de/Aktuelles/News-Archiv.html?year=2014>, Suchbegriff: „Mammographie-Screening“ [abgerufen am 16.8.2016].

21 Evans u. a.: Wo ist der Beweis? Plädoyer für eine evidenzbasierte Medizin. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Gerd Antes. Bern 2013.

22 Gilbert u. a.: Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. In: International Journal of Epidemiology 34/2005, S. 874–887.

23 Dierks/Walter/Schwartz: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2001. Online: http://www.bzga.de/botmed_60615000.html.

24 Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz. 2015. Online: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>, Suchbegriff: „Präventionsgesetz“ [abgerufen am 16.8.2016].

25 DNEbM-Stellungnahme zum Präventionsgesetz. 2015. Online: <http://www.ebm-netzwerk.de/aktuelles/stellungnahme-praeventionsgesetz>, Suchbegriff: „Stellungnahme EBM zu Präventionsgesetz“ [abgerufen am 16.8.2016].

26 Tröhler: Quantification in British Medicine and Surgery 1750–1830, with special Reference to its Introduction into Therapeutics. In: JLL Bulletin. Commentaries on the history of treatment evaluation. 1978. Online: <http://www.jameslindlibrary.org/articles/quantification-in-british-medicine-and-surgery-1750-1830-with-special-reference-to-its-introduction-into-therapeutics/>.

Das medizinische Dilemma der Prävention

temen ist, die evidenz-informierte Gesetzgebung und Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung in ganz Australien ermöglichen sollen. Ähnlich selbstverständlich werden Evidenz und Prävention in einem Atemzug genannt bei der *U.S. Preventive Services Task Force der Agency for Health Research and Quality*. Vorschläge für Präventionsvorhaben werden dort evidenzbasiert erstellt und zur Kommentierung online verfügbar gemacht, um einen möglichst breiten

Konsens herzustellen und damit die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Programmen zu schaffen.

Die „evidenzfreie“ Formulierung der deutschen Planungen zu Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nur schwer erklären. Ein Grund für die regelmäßig um Jahre verzögerte Übernahme moderner Konzepte in der Gesundheitsversorgung ist sicherlich die jahrzehntelange Abstinenz von der in-

ternationalen methodischen Entwicklung. Das scheint sich in der Prävention gerade zu wiederholen. Es bleibt abzuwarten, wie schnell der gegenwärtige Kurs eine Korrektur erfährt. Zur evidenzbasierten Prävention gibt es keine Alternative, will man optimalen Nutzen für Gesunde und Kranken erreichen. Der gesunde Menschenverstand ist auf jeden Fall kein guter Ratgeber.

Umfangreiche Literatur bei den Autoren ■

Partnerkongress

Die Jahresveranstaltung für Kunden und Partner



Leipzig,
29/30. November 2016



www.gesundheitsforen.net/partnerkongress

Linda Kunzmann T +49 341 98988-331